

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD — LYON

U.E.R. DE MÉDECINE LYON SUD-OUEST

Année 1979

N° 137

OSER LE TRAINING AUTOGENE

**Quelques réflexions sur les processus dynamiques
et les voies de la guérison, mis en œuvre par
la méthode de SCHULTZ.**

THESE

présentée

à l' UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD — LYON
et soutenue publiquement le 9 Avril 1979
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Noël GUILLARD

né le 4 Mars 1950
à VILLEFRANCHE SUR SAONE

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD — LYON

U.E.R. DE MÉDECINE LYON SUD-OUEST

Année 1979

N° 137

OSER LE TRAINING AUTOGENE

**Quelques réflexions sur les processus dynamiques
et les voies de la guérison, mis en œuvre par
la méthode de SCHULTZ.**

THESE

présentée

à l' UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD — LYON

et soutenue publiquement le 9 Avril 1979

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Noël GUILLARD

né le 4 Mars 1950

à VILLEFRANCHE SUR SAONE

OSER LE TRAINING AUTOGENE

Quelques réflexions sur les processus dynamiques
et les voies de la guérison, mis en œuvre par
la méthode de SCHULTZ.

THESE



Présentée

à l'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON
et soutenue publiquement le 8 Avril 1973
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

par

NOËL GUILLEARD

né le 4 Mars 1950
à VILLEFRANCHE SUR SAONE

MAINTENANT J'AI GRANDI

Enfant

j'ai vécu drôlement
le fou rire tous les jours
le fou rire vraiment
et puis une tristesse tellement triste
quelquefois les deux en même temps
Alors je me croyais désespéré
Tout simplement je n'avais pas d'espoir
je n'avais rien d'autre que d'être vivant
j'étais intact
j'étais content
et j'étais triste
mais jamais je ne faisais semblant
Je connaissais le geste pour rester vivant
Secouer la tête
pour dire non
secouer la tête
pour ne pas laisser entrer les idées des gens
Secouer la tête pour dire non
et sourire pour dire oui
oui aux choses et aux êtres
aux êtres et aux choses à regarder à caresser
à aimer
à prendre ou à laisser
J'étais comme j'étais
sans mentalité
Et quand j'avais besoin d'idées
pour me tenir compagnie
je les appelais
Et elles venaient
et je disais oui à celles qui me plaisaient
les autres je les jetais

Maintenant j'ai grandi
les idées aussi
mais ce sont toujours de grandes idées
de belles idées
d'idéales idées
Et je leur ris toujours au nez
Mais elles m'attendent
pour se venger
et me manger
un jour où je serai très fatigué
Mais moi au coin d'un bois
je les attends aussi
et je leur tranche la gorge
je leur coupe l'appétit

Jacques PREVERT
(la pluie et le beau temps)

à tous ceux que j'aime

CLAIRE

ROMAIN

MES PARENTS

TOUTE MA FAMILLE

MES AMIS

A Monsieur le Docteur R. DURAND de BOUSINGEN

*qui nous a fait découvrir et aimer la pratique
du Training Autogène*

*Seul en France à enseigner le cycle supérieur,
il nous a transmis l'héritage scientifique de
Schultz avec rigueur, précision, mais surtout
avec humilité et enthousiasme*

Ce travail lui doit beaucoup

*Il nous a fait l'amitié de le lire et la
sincérité d'une critique personnelle*

Qu'il soit ici remercié

A NOS JUGES

*Monsieur le Professeur J. GUYOTAT,
président*

Monsieur le Professeur J. VEDRINNE

Monsieur le Professeur J. HOCHMANN

Monsieur le Professeur M. MARIE CARDINE

Monsieur le Docteur M. HOUSER

P L A N

=====

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

DESCRIPTION DE LA METHODE, CYCLE INFERIEUR

PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES MIS EN OEUVRE DANS LA CURE

INDICATIONS

UN CYCLE STANDARD, ET APRES ?

A) Formulations organo-spécifiques

B) Formulations intentionnelles

C) Quelques aspects théoriques

- efficacité symbolique

- aspects topiques - l'apport freudien

CYCLE SUPERIEUR

Exemples

Quelques points théoriques

DEUXIEME PARTIE

Description de quelques aspects dynamiques de la cure

A PARTIR DE L'HYPNOSE

RENOVATION NARCISSIQUE-VERS L'AUTOGENEISATION

EVOLUTION DES IDENTIFICATIONS. IMPORTANCE DE LA FILIATION NARCISSIQUE

TROISIEME PARTIE

MYTHES, DISCOURS ET DESIR DE GUERIR

RESUME

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Contemporain de Freud dont il fit la connaissance en 1911 pour bientôt répandre les concepts psychanalytiques en Allemagne, J.H. SCHULTZ fut, quoiqu'on en pense une figure médicale admirable.

Fils de Pasteur professeur de théologie à GÖTTINGUEN ce qui n'est pas sans importance parce que cela devait lui permettre d'avoir tôt une connaissance de la théorie naissante de la psychologie des religions et des états extatiques, méditatifs ; Médecin, Professeur de neurologie, de psychiatrie, élève de BINSWANGER puis d'Oscar VOGT, chargé d'enseigner la psychologie médicale à Dresde, installé en 1924 à 30 ans à BERLIN, il s'y spécialise en psychothérapie.

C'est là qu'entre autres activités de recherche : immunologie, médecine interne, neuro-psychiatrie, il va inventer, codifier, mettre au point une technique psychothérapeutique précise ; répondant à une conception globalisante, faisant de l'homme une unité somatique et psychique.

Publié seulement en 1932 sous le nom de - DAS AUTOGENE TRAINING - le sous titre annonce déjà la nature et particularité de la méthode : - Konzentrative Selbstentspannung -

Le training Autogène propose au médecin une psychothérapie efficace, simple, courte ; né des expériences hypnotiques il vise à résoudre le problème majeur de l'hypnose : celui de la dépendance du malade à son hypno-thérapeute.

Ce n'est d'ailleurs qu'en 1956, que la technique vient en France "expérimentée et importée" par deux psychothérapeutes de la clinique Universitaire de Psychiatrie de Strasbourg.

Véritable découverte, engouement général et grande diffusion partout en France ponctuée par la publication en 1958, sous la direction de Durand de Bousingen, de la première des adaptations françaises de l'ouvrage de référence le plus complet de J.H. Schultz : "DAS AUTOGENE TRAINING".

Vingt ans ont passé.

Qu'en est-il aujourd'hui de cette méthode, de son usage, quel intérêt présente-t-elle, quelle spécificité offre-t-elle aux jeunes médecins de 79 et aux "apprentis psychothérapeutes" ?

De quel crédit bénéficie-t-elle dans le corps médical, dans l'imaginaire médical et psychiatrique, aujourd'hui ?

Refaisant à notre tour un apprentissage personnel de la méthode, à ses sources, du moins à ses résurgences strasbourgeoises nous ne manquions pas d'être surpris par une contradiction trop évidente pour ne pas devoir être interrogée : un très grand nombre de praticiens, médecins pour la plupart, et de plus en plus de non médecins : infirmiers, kinésithérapeutes, pratiquent des relaxations ou "la relaxation", le plus souvent T.A. Beaucoup parmi les psychothérapeutes ou analystes d'aujourd'hui ont "débuté" comme relaxateurs souvent avec le T.A.

Mais si on cherche dans la littérature quelque théorisation du TA on s'aperçoit alors que ce n'est que terre presque vierge. Quelques trois à quatre auteurs principaux parlent régulièrement du T.A., ouvrant deci-delà des voies d'élaboration qui ne sont que trop rarement reprises autre part.

Ainsi tout le monde pratiquerait le T.A. sans avoir envie de le dire, de le conter, de le faire partager ; et la seule théorisation serait-celle de quelques tenors strasbourgeois.

Chacun serait familier de la méthode sans pouvoir en théoriser les aspects fondamentaux.

Ou bien serait-ce un plaisir trop coupable que guérir ?

P R E M I E R E P A R T I E

=====

HISTORIQUE

La première ébauche est due à l'observation, antérieure à 1900, d'Oscar Vogt citée par Schultz, de la "possibilité pour certains individus d'entrer dans l'état hypnoïde par une action personnelle" volontaire.

Cette auto hypnose, première remarque, n'est accessible qu'à certaines personnes, et Schultz codifiera ultérieurement les conditions qui la rendent possible.

Les premières observations de Vogt (1893-1900) font état d'augmentation notable des capacités d'auto-observation, d'auto-induction d'un état de calme, détente "empêchant les mouvements émotionnels de devenir pathogènes". On retiendra la notion de prophylaxie, bénéfice global le plus évident.

Plusieurs méthodes d'induction en hypnose sont alors utilisées, insistant sur la posture confortable, sur l'ambiance calme, la fixité du regard, l'utilisation d'une voix tranquille, monotone et la concentration active sur l'assouplissement recherché. Ce que l'on cherche alors est à induire le sommeil hypnotique et l'observation de ces conditions le rend en principe possible dans la plupart des cas.

Des auto observations de Bleuler (1889) rapportées par SCHULTZ, nous soulignerons seulement ceci = le calme reposant ressenti, l'absence du besoin de modifier une attitude corporelle qui, autrement, hors hypnose, aurait pu être ressentie comme inconfortable, la prévalence de la concentration sur soi-même, qui évite (ou empêche) d'accorder quelque attention particulière à l'hypnotiseur - (et donc au monde extérieur à soi), la possibilité d'exécuter (en réponse à la suggestion verbale) des ordres simples et arbitraires sans aucune participation autre, donc émotionnelle du moi, contrastant avec "la résistance" signalée par Bleuler et en ces termes, d'exécuter des ordres plus chargés d'affects.

Dans ses premières expériences, SCHULTZ cherchera à éviter les questions à contenu trop nettement suggestif, préférant laisser le sujet exprimer aussi librement que possible ses perceptions.

Alors apparaîtront des sensations optiques, modifications de perception rendant compte de la profondeur de l'hypnose ainsi obtenue; visualisation de la pensée utilisée, favorisée beaucoup plus tard, comme expérience faisant partie du moi, dans le "cycle supérieur" comme élément constituant

son mode de langage spécifique.

Les auto-observations recueillies par SCHULTZ mettent en évidence un caractère essentiel, commun à toutes les voies d'entrée dans l'hypnose : sensations déjà répertoriées et connues de calme - repos sécurité, mais aussi et surtout = modification des sensations corporelles = lourdeur, chaleur, diffusant au corps entier.

Ces changements de la cénesthésie générale sont retrouvés régulièrement comme élément de base du "vécu hypnotique", quelles que soient les techniques et variantes d'induction hypnotique.

La technique du TA aura essentiellement pour but d'atteindre cette déconnection par autosuggestion, en lieu et place de la trouver accidentellement dans l'induction hypnotique par un tiers.

SCHULTZ envisage dès lors de faire de cette décontraction obtenue sans autre artifice qu'une concentration, l'objet d'exercices spécifiques, systématisés, et systématiques qu'il va codifier.

Les conceptions dualistes psyché /soma antérieures aux travaux de SCHULTZ tenaient pour phénomène d'accompagnement (accidentel) pourrait-on dire une telle décontraction. SCHULTZ fait de ce processus physiologique la nature même de la déconnection. Pariant que l'on puisse atteindre la déconnection souhaitée par de "simples" exercices de décontraction. Pourvu qu'ils obéissent à certaines lois dégagées par lui de l'expérience clinique acquise.

Lois préalables, conditions, "règle d'or" qui confèrent au TA une relative rigidité, tantôt rassurante et structurante tantôt embarrassante, que l'on a bien souvent méconnues ou transgressées pour ne plus faire alors du T A.

Examinons succinctement ces conditions :

- 1) Accord du patient indispensable.
- 2) Autonomie de même - ces deux conditions excluant d'emblée et en principe l'indication chez le psychotique, et le trop jeune enfant, (avant 10 ans).
- 3) Importance de l'attitude corporelle que nous verrons codifiée en trois principales positions : couché - assis en cocher de fiacre, et dans un fauteuil.

4) Retrait de l'intérêt du patient, pour tout ce qui est hors de la seule expérience ici et maintenant de son exercice de T A ; source de difficultés, de réticences voire impossibilités.

5) Importance de la monotonie et constance des formulations, témoins de la parenté du T A avec l'hypnose, spécificité de la méthode par rapport à d'autres, dérivées.

6) Somatisation

Prévalence favorisée de l'intérêt actif porté aux processus somatiques favorisant concentration intérieure, et sur l'intérieur.

7) Prédominance de la vie réflexe, neurovégétative, du rétrécissement particulier de la conscience à quoi s'ajoute,

8) transformation du vécu corporel voire phénomènes de dépersonnalisation.

Remarque :

Cette plongée en soi, cet abandon passif s'avère une qualité de chaque individu, le fait d'utiliser la suggestion fût-ce une auto suggestion, n'enlève rien à son universalité.

Cette suggestion ici utilisée peut être envisagée de différentes façons, à différents niveaux, sur un plan des affects échangés dans une dynamique de la relation maître-élève, médecin - malade personne à personne. Bref quoiqu'on puisse dire de la suggestion, cela n'enlève rien du processus naturel = la déconnection concentrative est une capacité quasi universelle, en soi bénéfique et qui ne connaît qu'une seule restriction : la psychose. Et de façon corollaire : les infinies variantes de la manipulation de la relation ajoutent leurs vertus propres à celles de la déconnection et font du T A une véritable psychothérapie verbale.

DESCRIPTION DE LA METHODE

Nous reproduisons là, la méthode que nous avons apprise du Dr DURAND de BOUSINGEN, qui nous a retransmis fidèlement, pourrions-nous dire, l'enseignement de SCHULTZ Méthode apprise en groupe, puisqu'il semble qu'un groupe de vingt permette de rencontrer l'éventail global des "vécu-type" et incidents d'un entraînement au T A, l'entraînement personnel s'enrichissant des expériences communiquées par les autres membres du groupe, quand ce n'est pas du seul usage de phénomènes affectifs apparentés à la dynamique de groupe.

Les préceptes et indications donnés au groupe ne diffèrent en rien objectivement de ce qu'ils sont, donnés à un seul malade dans la rencontre interpersonnelle du cabinet médical.

CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT :

Sans être strict un minimum d'atténuation des stimuli extérieurs lumineux, sonores et caloriques s'avère souhaitable.

On travaillera dans une pièce calme tant que possible, en demi obscurité, et tempérée, autant de conditions que l'on sait par ailleurs favorables à l'actualisation d'un mouvement régressif.

Eviter tout stimuli extérieur présuppose aussi l'observance d'une certaine hygiène vestimentaire excluant toute stimulation contraignante par vêtements serrés ou trop chauds.

ATTITUDE CORPORELLE :

Précise elle vise à éviter toute tension musculaire résiduelle inopportune, qui générerait, même partiellement, l'obtention d'un état passif corporel.

Trois positions privilégiées d'apprentissage :

- Couché quand cela est possible, horizontal, la tête ou tête - épaule légèrement surélevée par un coussin pas trop dur.

Le coude distant d'au moins une paume de main du thorax. Paume de main vers le bas, à peine creuse pour éviter une "main plate" trop tonique. Quant aux pieds la position empirique 10h10, assure un équilibre de décontraction en général satisfaisant entre

abducteurs et adducteurs du pied.

Assise fauteuil

Fauteuil à haut dossier (Louis XIII) ; l'appui des cuisses doit être suffisant pour permettre de "laisser tomber" les pieds au sol. La position stable permettra l'appui de la totalité de la colonne lombaire, dorsale au dossier. Selon la préférence personnelle la tête "tombe" en avant de son propre poids on prend appui au dossier en arrière ; toute extension ou flexion exagérée sera dépistée, corrigée.

Dans cette position stable, les bras "tombent" de leur propre poids sur les accoudoirs, coude à l'extérieur. L'avant bras repose sur l'accoudoir ; le poignet libre, la main creuse, "capote" à l'intérieur des accoudoirs en veillant à ne rien effleurer, ni les vêtements ni l'autre main pour réduire les stimulations tactiles parasites. La meilleure démarche étant sans doute de laisser le patient prendre une attitude spontanée, réputée par lui, favorable et adaptée, d'en noter pour soi-même les défauts éventuels et alors de la "corriger" en lui proposant cette position "idéale".

Nous signalons là par des guillemets l'importance que nous accordons au vocabulaire utilisé pour décrire la position. Le vocabulaire utilisé ne dit rien d'autre que le laisser aller, le laisser faire que l'on attend ; mais il anticipe déjà un peu sur le premier exercice : la pesanteur ; et propose une norme positionnelle réputée idéale que le patient a toujours loisir de transgresser.

Position assise en cocher de fiacre

A défaut de fauteuil ou de lit d'exercice large, type divan de cardio.

Souvent intéressante parce que la plus universelle des positions permettant ainsi un travail personnel en tout lieu, avec un maximum de discrétion pour autant d'efficacité :

Etant assis, on se propose de laisser aller de son propre poids jusqu'en un point d'équilibre : la partie supérieure du tronc "posée" sur les vertèbres lombaires, dos rond, la tête "tombante", avant bras reposant sur les cuisses en leur tiers inférieur, mains tombantes, sans se toucher, cuisses légèrement écartées et respect

de la position empirique 10h10 pour les pieds.

Il va de soi que l'on peut selon le contexte proposer les trois positions au cours d'une même première séance ou bien des séances différentes.

REMARQUES

Les trois positions proposées comme idéales se justifient en fait par la facilitation à la décontraction totale = les demi-flexions que nous observons ici permettent une décontraction harmonieuse, équilibrée entre fléchisseurs et extenseurs, de façon générale entre agonistes et antagonistes. Ceci présente un avantage certain pour l'apprentissage ; en fait, lorsque le sujet maîtrisera parfaitement sa décontraction, il sera tout à fait capable de la produire quelque soit la position corporelle. Nous verrons qu'ayant acquis cette maîtrise le sujet aura de préférence recours à des exercices localisés, nuque - épaule, plus facilement reproductibles en tout lieu et position ; et qui offrent la même efficacité que la décontraction générale.

LA FERMETURE DES YEUX

La restriction de stimulations cenesthésiques, sonores et lumineuses ne serait pas complète sans l'occlusion des paupières. Les liens entre fixité du regard, convergence des yeux et états de conscience sont ici utilisés sans autre explication que celle, rationnelle de la réduction des influences optiques extérieures. Référence utile au sommeil, plus que comparative, puisque recherche de la passivité.

LE TRAVAIL PROPREMENT DIT COMMENCE ALORS AVEC :

1) L'induction au calme

Se limite à la proposition d'une formule type "je suis tout à fait calme" et à l'invitation à "se la rendre aussi présente que possible". Pas de variation sur ce thème, pas d'improvisation, même pas d'insistance, seulement le mot.

La signification intellectuelle, la mobilisation émotionnelle viendra en plus, et en son temps s'ajouter à ce contenu idéatoire ; au rythme propre du patient il réalisera cette formule de base, il deviendra par d'infimes intégrations émotionnelles successives, effectivement un peu plus calme. Il conservera à tout moment de chaque exercice et de l'entraînement général, la faculté de

se référer à ce contenu désaffectif pour mesurer l'intensité de son calme intérieur, pour étalonner, prendre simplement conscience de la réalité intérieure d'une sensation de calme, de la modification effective intervenue par l'exercice. C'est en quelque sorte un indicatif un titre de référence qui annonce et propose le but cherché, mais n'est pas lui.

L'entraînement au cycle "standard" dit cycle inférieur du T A comprend six exercices répartis en un minimum de 8 séances, dans une séquence type, modifiable selon la réactivité du patient, selon surtout les indications.

Pesanteur, chaleur premiers exercices dédoublés.

Puis exercices : - cardiaque
- pulmonaire
- abdominal
- céphalique

2) 1er exercice : l'exercice de pesanteur

Mr Y est droitier. Nous lui proposons alors de commencer son expérience par une attitude de concentration sur la formule :

"mon bras droit est lourd"

ou bien tout à fait lourd (selon la personnalité du relaxateur).

Répéter mentalement la formule 5-6 fois pas davantage - liberté étant laissée quant au support de la formule : lecture du texte écrit, (compte tenu de cette éventualité, nous donnons par écrit la formule) ; ou bien le sujet entend mentalement la voix du relaxateur ou la sienne propre le dire ou bien encore, et c'est exceptionnel, il dit à voix haute la formule.

Porter son attention sur ce bras droit "pour voir si par hasard le bras est ressenti comme lourd".

Relaxateur et patient font ensemble l'exercice ce qui à notre sens offre un certain nombre d'avantages, mais n'est pas sans difficultés dans l'ordre relationnel transférentiel et/ou contre transférentiel.

Le patient devra travailler cet exercice 2-3 fois par jour chez lui, dans les conditions de durée et rythme qu'on lui laisse déterminer.

(Mais un temps court est préférable (1 à 5 mn).

Ici seulement commence donc l'entraînement proprement dit, puisque l'induction au calme n'est jamais qu'une représentation du but final, celui-ci n'étant accessible comme réalisation de la formule, qu'au terme de l'activité auto-concentrative achevée.

Après quelques minutes d'exercice, qu'il ait ou non des sensations, le patient quitte l'exercice en faisant une "reprise" dans un ordre bien précis : flexion des avant-bras ; inspiration profonde ; ouverture des yeux, ceci à chaque exercice.

La plupart des patients ont des sensations de pesanteur avec une variance extraordinaire quant à leur expression : en rapidité d'apparition, nature, qualité, localisation. La sensation initiale recherchée est celle de pesanteur au bras droit. La généralisation spontanée ou extension spontanée en un lieu où ne portait pas d'attention particulière est assez fréquente.

Lorsque le patient semble avoir acquis (deuxième semaine) ces sensations de pesanteur, nous l'invitons à laisser venir cette extension spontanée aux autres membres, en intégrant celles-ci sitôt perçues lourdes, dans de nouvelles formulations du type

- les deux bras sont lourds
- bras et jambes sont lourds.

Pour finir par : tout mon corps est lourd lorsqu'effectivement la totalité corporelle est ressentie comme pesante.

L'apprentissage viendra faciliter l'accès à ces sensations, de plus en plus rapidement avec une économie de moyens ; au terme nous parviendrons à la perception presque immédiate de la pesanteur en ne pensant plus que "corps lourd" ou même "lourd". Les seuls mots suffiront désormais à induire c'est-à-dire retrouver le chemin qui va du mot à la sensation, et nous nous donnerons comme tâche d'essayer de voir comment...

Les résultats de ces deux semaines d'exercices sont consignés dans notre mémoire ou bien dans le tableau que nous reproduisons ici.

Notons ici

- L'extension spontanée au-delà du seul bras droit, notamment à l'abdomen de notre sujet, en référence à sa propre image du corps, son propre imaginaire, en fonction de sa propre économie narcissique.
- L'arrêt de l'exercice (pour sauvegarder la nature agréable de celui-ci) lors de l'apparition d'un phénomène gênant : malaise un peu angoissant à expression respiratoire qui fait ressurgir alors le souvenir "oublié" dans l'interrogatoire préliminaire d'un asthme infantile jusque vers 12 ans. La suite de l'entraînement montrera que le souvenir "corporel" de ce que notre sujet appelle asthme s'actualise à chaque début d'exercice.

JOUR	HEURE	LOCALISATION PREMIERE	EXTENSION
1er	7 (A) assis 21 (C) couché	bras droit main (paume)	épaule droite bras - abdomen
2e	7 A 22 C	bras épaule main et bras droits	les deux bras - abdomen
3e	8 A 20 C	avant-bras droit bras droit	bras droit - abdomen les deux bras - abdomen
4e	8 A 15 A	main droite seule bras droit	tout le bras rien de plus
5e	7 C 22 C	bras droit entier bras droit	les deux bras - ventre ventre - thorax
6e	7 C	bras droit - ventre	STOP ⁺
7e	8 C	ventre	STOP - même gêne ⁺
8e	2ème séance : introduction de la généralisation de la pesanteur		
9e	7 C 23 C	ventre ventre et deux bras	torse - cuisse droite cuisse droite
10e	7 C	bras droit seul	GENERALISATION

+ en début d'exercice, malaise un peu angoissant avec accélération du rythme respiratoire. Souvenir d'avoir présenté un asthme infantile, jusqu'à 12 ans.

Reproduction des résultats d'entraînement de M.Y. dans les 10 premiers jours d'exercice de pesanteur.

Nous avons ici conservé le vocabulaire utilisé par le patient lui-même.

JOUR	HEURE	LOCALISATION PREMIERE	EXTENSION
1er	22 C	pesanteur généralisée	aucune chaleur
2e	8 C 21 C	bras droit bras droit	rien de mieux coude (contact)
3e	7 C 22 C	avant-bras droit coude (contact)	coude et pouce droits avant-bras - main - dos
4e	23 C	coude (contact) et bras	endormissement
5e	7 C 22 C	coude - main (dos) bras droit entier	avant-bras - main entière + endormissement
6e	8 C 20 C	bras droit et gauche bras droit et gauche	abdomen abdomen
7e	7 C 20 C	bras droit et gauche bras droit et gauche	dos - fesses dos - fesses - cuisses
8e	2ème séance : introduction de la généralisation de la chaleur		
9e	7 C 20 C	bras - abdomen bras - abdomen	GENERALISATION CHALEUR endormissement
10e	8 C 21 C	bras - abdomen bras - abdomen - torse	cuisses GENERALISATION - endormissement

+ picotements gênants sur le dos de la main et des doigts
pas d'arrêt de l'exercice.

+ sensations de chaleur sont agréables.

+ la généralisation est deux fois accompagnée de sensations de "déformations" corporelles, la partie droite du corps est ressentie plus grosse que la gauche, et plus antérieure qu'elle ; impression de rotation du corps, de bascule. Pas d'arrêt parce que finalement ce n'est pas désagréable ni gênant.

Reproduction des résultats des 10 premiers jours d'exercice de chaleur avec les remarques faites par le patient lui-même.

pour finir par s'estomper et disparaître complètement en quelques semaines, le temps d'établir de nouveaux rapports (économiques) du sujet à son corps en tout cas à son imaginaire, à l'image vivante qu'il a de ses organes.

3) Deuxième expérience : la chaleur

Etant acquise ou en voie de l'être la capacité de percevoir la pesanteur, que le contrôle objectif par le relaxateur coïncide ou non avec la subjectivité du patient, nous lui proposons le second exercice :

La chaleur : cette expérience de la chaleur fait suite à l'intérieur de chaque exercice à celle de la pesanteur - lorsque le patient obtient la pesanteur, il porte alors son intérêt à la chaleur, selon le même schéma en deux temps :

- . premier temps chercher la chaleur sur le bras dominant :
formule = bras droit chaud
- . deuxième temps la laisser venir partout dans le corps.

Comme dans la pesanteur, on notera l'immense variété des vécus, des possibilités du senti de la chaleur ; modalités propres à chaque sujet.

Le tableau reproduit ici les résultats de deux semaines d'exercices où nous soulignons ceci :

- . apparition au quatrième jour de l'entraînement à la chaleur, des paresthésies.
- . endormissement fréquent dont ne se plaint pas notre sujet et qui doit pouvoir recevoir plusieurs explications, parce que obéir à plusieurs déterminations au premier rang desquelles un défaut de concentration, un excès pourrait-on dire de passivité, bien proche d'une réticence à faire l'exercice.
- . et surtout l'apparition dans le champ de l'expérience de phénomènes de transformations corporelles proches de la dépersonnalisation. Sans angoisse.

L'expérience de base est constituée par l'exercice de pesanteur -chaleur- là s'arrêtent un certain nombre de relaxations qui ont d'autres vertus que celle d'appartenir ou de constituer un training autogène.

4) SCHULTZ propose ici quatre autres exercices plus spécifiques qui ne sont intégrés à l'expérience générale du training que précédés de ces deux exercices maîtrisés.

A) exercice cardiaque :

Ce que l'on attend : "simple" perception des battements cardiaques, rythmiques, et inconscients autrement qu'en relaxation profonde.

Ce que l'on propose : porter son attention sur la région du coeur et essayer d'y sentir un rythme, un mouvement.

Le patient s'aide de la concentration mentale sur la seule formule "coeur bat calme" ou bien d'une variante aussi neutre que possible, le but n'étant pas de modifier rythme ou amplitude des contractions myocardiques, mais de percevoir cette activité élémentaire de nature réflexe, et l'intégrer dans un vécu plus global.

De façon générale, c'est le choc apexien qui est perçu ou bien les pouls périphériques : mains, pieds voire carotidiens ou abdominal.

B) Exercice respiratoire :

Rythme spontané encore, chargé comme le coeur, d'investissement particulier en rapport étroit avec la vie relationnelle comme le coeur peut l'être dans l'imaginaire avec la vie affective ; la respiration peut aussi être intégrée selon le même schéma dans la relaxation générale.

"Respiration tout à fait calme" est la formulation proposée ; le patient n'a d'autre travail qu'à laisser faire cette respiration, à s'abandonner à elle sans jamais vouloir l'influencer.

Ce que le patient rapporte de sa propre expérience de la respiration met souvent alors en évidence l'accentuation des sensations jusque là perçues, une certaine plongée se fait là, par l'intégration de ce vécu respiratoire passif.

C) Exercice abdominal

dit du plexus solaire.

Dans une approximation volontairement fautive, SCHULTZ propose au patient la formulation suivante :

"Plexus solaire tout à fait chaud"

Cette formulation a le mérite d'être fautive et grâce à cette inexactitude, évitera de nommer "ventre, abdomen" ce lieu de bien trop grands investissements affectifs et libidinaux pour être intégrés sans résistance au cycle général de la relaxation.

D) La fraîcheur du front

Jusque là, les exercices se sont succédés à deux semaines d'intervalle pour les trois derniers, au terme de ce que nous savons faire jusque là le corps

est ressenti lourd, décontracté, avec une chaleur bienfaisante généralisée agréable y compris dans la région abdominale respirant seul et calmement, respiré plutôt, avec une activité cardiaque actuelle calme et saine, tout à fait tranquille.

Pour compléter notre entraînement il ne reste plus qu'à "garder la tête froide" : fraîche la région frontale où se situe le lieu commun de l'affectivité, de la personnalité, de la pensée, du je (voire du narcissisme). "Mon front est agréablement frais" ou "mon front est bon frais" telles sont les formulations à ce stade qui visent à ressentir privilégié ce haut lieu de la personne humaine que la tête et son contenu (au moins sa projection frontale), exclu de la masse pesante et chaude, vague et indifférenciée de la déconnexion générale réussie.

Il est évident que si un contrôle objectif est réalisable voire souhaitable dans les deux premiers exercices chaleur et pesanteur, les exercices complémentaires ne permettent pas de mesurer l'efficacité du travail de relaxation directement ; on aura recours à des signes indirects, au premier rang desquels le discours du patient sur son vécu la communication verbale à propos de cette expérience, attendu qu'aucune norme n'est ici utilisée, recherchée. Chaque étape doit être acquise, avant d'introduire la suivante, et même à l'intérieur de chaque exercice, nous devons observer la même "immuable" succession, gradation, intégration successive, progressive de maillons qui ne peuvent se concevoir séparés les uns des autres, ni séparés du contexte général du T. A.

Du propre aveu de SCHULTZ la méthode peut paraître un peu rigide et schématique.

Procès lui en est souvent fait.

A tort selon nous. Parce que c'est méconnaître une réalité d'un autre ordre que celle des délimitations pratiques d'une technique : la variabilité, l'originalité, la spécificité des vécus, des expériences ne se mesure qu'au nombre de sujet, à la variabilité, l'originalité, la spécificité, bref l'individualité de chaque patient, de chaque personne, à l'intérieur de cette expérience, fut-elle des plus rigides - et l'expérience de notre patient n'est-elle pas en partie liée à notre vécu - et probablement structurée à partir de là ?

La maîtrise de cet entraînement tel que sommairement décrit ici, ne fait jamais l'objet que du cycle inférieur du T.A. de SCHULTZ.

E) Exercices spéciaux :

F.O.S. et F.I. ; elles consistent en une concentration mentale en état auto-gène de déconnexion, de résolutions, dont l'action spécifique (analogue quant à sa physiologie aux suggestions post-hypnotiques), porte soit sur une fonction physiologique (F.O.S.), soit sur une fonction psychique (F.I.).

Nous reprendrons dans un chapitre ultérieur le développement de ces F.O.S. et F.I. et une tentative d'élaboration théorique.

Pour illustrer cet entraînement en ces différentes étapes, nous prendrons un exemple d'une cure, quoique d'indication "limite".

Observation N° 1, Mme J, 57 ans, mariée, deux filles mariées 21 et 23 ans, grand-mère ; mari contremaître très occupé, vit seule chez elle, sort peu et toujours en famille ; s'ennuie un peu.

Nous est adressée au décours d'un bilan en service de médecine interne, assez complet et parfaitement normal ; met en avant des troubles fonctionnels, subjectifs :

- Asthénie
- Douleurs vagues, érratiques
- Brûlures dans les membres
- Baisse subjective d'acuité visuelle
- Céphalées nuquales, postérieures
- Crises migraineuses
- Préoccupations morbides sur ses organes malades incessantes, avec conscience de leur caractère exagéré, voire absurde.

Elle se trouve anxieuse, irritable, énervée, jamais heureuse depuis trois ans, s'ennuie ne sait pas se détendre, malaise permanent.

- fond obsessionnel - traits hypochondriaques
- mosaïque symptomatique, mais fond dépressif certain.

Traitement actuel :

- anafranil 2-1-0
- seresta 50
- mépronizine
- antasthène I M
- sorbitol.

Antécédents :

- Fragilité pulmonaire, dit-elle, vers cinq six ans, nombreuses affections pulmonaires infectieuses très fréquentes.

- Migraines ophtalmiques typiques, "crises de foie" itératives soulagées par une cholécystectomie en 73.
- "Tout allait bien" jusqu'en 73, dit-elle
- Tout a commencé par une hépatite virale d'inoculation probablement lors de l'hospitalisation pour cholécystectomie : novembre 73
- Puis cancer de la gorge en 74, opérée traitée au cobalt, réopérée, considérée après trois ans de recul comme guérie.
- Décembre 74 : miliaire tuberculeuse, traitée à la rifadine, deuxième poussée d'hépatite, séjour de six mois en sanatorium en sort "fatiguée" - "vidée" amaigrie de 14 Kgs très déprimée.
- Juin 76, 3ème poussée d'hépatite
- Depuis majoration de l'état dépressif : n'est pratiquement pas sortie des hopitaux et cabinets médicaux spécialisés depuis 1973.
- Des séries de bilans ont été faits tous normaux depuis 76 dernière poussée d'hépatite ; débouchant sur des prescriptions sédatives, anxiolytiques qu'elle supporte mal, et antidépresseurs.
- A l'examen petite, passive, soumise, terne, tout de gris vêtue, silencieuse, blottie, tassée au fond du fauteuil le plus éloigné, faciès tendu crispé, d'aspect manifestement soucieux et maladif.

On note R O T vifs et hypertonie de défense. Pas de contracture perçue à la palpation des principales masses musculaires T A 13/8 - 14 habituellement.

Première séance Pesanteur premier temps :

- . Attitude spontanée dans le fauteuil très figée - hypertonique.
- . D'emblée apparaît une gêne respiratoire ; une raideur subjective de la nuque, des phosphènes lumineux, une intense douleur à l'avant-bras droit pendant l'exercice.

Deuxième séance A fait trois fois par jour avec application et scrupulosité ses exercices en commençant par le bras droit.

- Les sensations, inconstantes, sont alors à gauche
- Abondance des douleurs dans les membres, qui ont été perfusés, associées au trajet des veines
- Difficulté importante de mise au calme
- 6ème jour, s'endort pendant l'exercice.

Introduction de la généralisation de la pesanteur.

Troisième séance

- Contrôle de la pesanteur
- Introduction de la chaleur premier temps

- Sensation de pesanteur généralisée aux membres et tronc au 12ème jour d'exercice non reconnue comme telle.
- Sensation spontanée et donc anticipée de chaleur généralisée à tout le corps au 14ème jour, un jour de plus grande anxiété précise-t-elle.
- Incidents : les douleurs abondantes toujours variables d'un exercice sur l'autre en localisation sont toujours très importantes masquant pratiquement les sensations de pesanteur.
- Parle de sa gorge : car si tout va bien dans cet organe, il faut pourtant qu'elle aille cette semaine chez l'ORL en consultation; très inquiète - en parle beaucoup.

Quatrième semaine Contrôle chaleur premier temps

- Aucune sensation de chaleur cette semaine alors qu'une généralisation spontanée était déjà notée la semaine précédente.
- Généralisation des sensations de pesanteur 5 jours sur 7, témoin de l'extension du processus de décontraction malgré l'absence de chaleur ; aussi témoigne en faveur de cette extension, l'hypotension orthostatique avec petites sensations vertigineuses au décours des exercices.

Cinquième séance Contrôle chaleur 2ème temps

Apparition au cours de cette semaine d'entraînement régulier des sensations de chaleur prédominantes à gauche, difficiles à saisir sans généralisation encore.

Disparition presque totale des douleurs des membres ; les seuls faits gênants, sont des paresthésies des doigts gauches, bourdonnement d'oreille gauche, soufflement, mais jamais suffisamment pour conduire à l'arrêt de l'exercice, comme convenu.

A noter une migraine importante dans la semaine, de suite rattachée dans le discours à des dizaines de migraines qu'elle avait antérieurement.

Paraît plus détendue, souriante ; pour la première fois en jupe au lieu du même pantalon vert gris - et discrètement maquillée.

Introduction de l'exercice cardiaque.

Sixième séance Contrôle de l'exercice cardiaque

Disparition totale de tout l'important cortège des douleurs, bourdonnement oreilles... qui émaillaient désagréablement son entraînement.

Saul persiste le picotement de la veine droite ; cette veine là associée aux transfusions, hépatite d'inoculation, examens hépatiques, scintigraphie etc... Il ne sera ensuite, à partir de là, plus jamais question de ses

antécédents médico-chirurgicaux.

Par ailleurs - détendue, souriante, se satisfait de cet entraînement se trouve beaucoup "mieux dans sa peau" qu'avant et dit prendre "la vie du bon côté". Sensation cardiaque discrète mais présente.

Parle de sa famille, de la naissance proche d'un second petit fils ou fille, a momentanément la garde du petit fils ; ceci lui permet de se découvrir une efficience personnelle qu'elle ne se soupçonnait pas, s'en étonne et réjouit. Introduction de l'exercice respiratoire.

Septième séance Après deux semaines

La perception spontanée du cycle respiratoire existait déjà depuis le début mais elle ne savait quoi en faire !

On les replace dans la séquence.

Battements cardiaques forts et calmes chaque fois.

Introduction de l'exercice du plexus solaire.

Huitième séance

Chaleur abdominale présente après deux semaines d'exercices.

Tout va bien.

Neuvième séance

Vue la faiblesse et l'inconstance des sensations de fraîcheur du front, s'aide de comparaison suggestive.

Fait le bilan qu'elle trouve positif surtout sur le plan symptomatique : se sent moins déprimée, s'endort plus facilement, a arrêté l'anafranil et une partie des sédatifs.

Enfin et surtout il n'est plus spontanément question de son corps malade

A quelques difficultés pour quitter l'entraînement on lui propose d'espacer un peu les séances, ce qui permet de consolider le training et en même temps d'utiliser un lien transférentiel favorable.

Cette observation appelle un certain nombre de commentaires que nous ne ferons que signaler ici pour les reprendre ensuite.

Au demeurant T.A. sans histoire.

Abondance de petits incidents en cours d'exercices en référence avec un revécu de toute son histoire corporelle en particulier pulmonaire hépatique et cardiovasculaire, si la quantité de ces incidents de ces "rappels douloureux" ne nous surprend ni ne nous inquiète pas, par contre nous aurons à nous interroger sur la qualité de ce revécu, sur son mécanisme, sa fonction, son

issue - ses rapports avec le discours associé.

- Cette expérience de somatisation pourrait paraître paradoxale comme indication devant des manifestations fonctionnelles d'allure "hypochondriaques" - et "pourtant ça marche" !

- Mais comment ?

- Paradoxe supplémentaire : peut-être parce que le médecin n'intervient jamais qu'avec des mots.

- Comment le sujet réalise-t-il ces mots, ces prépositions que nous lui offrons.

- Mme J. a de suite adapté à son propre corps le contenu des formulations proposées ; nous proposons de ressentir pesanteur et chaleur dans le bras droit, elle les sent à gauche ;

Que peut-on - que doit-on en penser ? quoi en faire - que cela serve dans le cours de la cure.

Enfin avec sa difficulté à quitter les séances où elle est venue apprendre à conduire son propre T.A., Mme J. nous montre peut-être une des difficultés majeures de la technique : celle de permettre l'accès à ce que nous nommerons cursus autogène : cette faculté acquise de faire de soi-même son propre thérapeute d'autogérer son propre corps, ses propres investissements narcissiques.

Observation N° 2 dite "Christophe"

T.S. impulsive par déféstration d'une hauteur de 6 mètres, au lycée où il est depuis peu interne, en seconde scientifique.

2ème enfant d'une fratrie de quatre, 16 ans, mère enseignante (langues), père ingénieur, image paternelle assez faible ; se présente très anxieux, insécurisé, asthénique, surmené, constamment tendu inquiet, ce dont il demande à être soulagé.

Semiologie névrotique composite associant une pensée obsessionnelle, des tics nombreux dont il se plaint, (notamment une onicophagie très importante) un bégaiement gênant et une érythrophobie manifeste - peur que l'on voit rougir ses oreilles, telle qu'il évite de paraître dans un groupe ou en public ; hypermotif avec malaises hystérisiformes à la vue du sang et de l'agressivité - y compris au cinéma.

De son training nous ne rapporterons ici, seulement que quelques éléments les plus significatifs.

tensité du
it hypnoti-
e

crage du
scours dans
corps

otisation
ersonnelle
ibut d'auto-
misation

novation
rcissique
chevée

e temps du
mprendre
ibute ici.

I.

entifica-
on primaire
incorporative

Séance un à quatre Dès le début, entraînement sérieux, appliqué, dans les 3 positions ; généralisation spontanée précoce de la pesanteur avec hypotension orthostatique, vertiges.

Doit particulièrement soigner la reprise. Training sec, représentations scientifiques, techniques, désaffectivées - peu de fantasmes - tout le discours est exclusivement à propos de l'entraînement, et du corps.

5 et 6ème séance Bon entraînement, persévérant, toujours beaucoup de questions quant au corps, hors exercice souvent à masque rationnel scientifique.

7 et 8ème séance "affine" (sic) ses sensations cardiaques. Joue avec la chaleur et la pesanteur qui sont immédiates ; varie les positions d'exercice, prend plus d'initiatives personnelles.

Commence à renoncer à la demande "didactique" de curiosité scientifique, et verbaliser plus facilement, plus librement hors du seul propos du training : choix d'orientation scolaire, avenir professionnel...

10ème séance, après un mois

- entraînement maintenu
- bien être corporel - a gagné de l'assurance gestuelle et verbale
- bégaye moins mais n'en parle pas encore
- plus détendu, plus tranquille
- "il n'y a pas de raison de s'en faire" (sic)
- mais souhaite approfondir le training
- parle de l'inconscient, des rêves, cherche par lui-même une explication à son trouble - c'est-à-dire son érythrophobie -
- proposition de formulation intentionnelle = "je vous l'autre" pour atténuer cette érythrophobie.

11ème séance, après un mois

- a travaillé la F.I. sous état autogène
- par ailleurs cherche toujours à s'interroger quant à ce symptôme.
- proposition de cycle supérieur, pour lui offrir un espace où laisser parler son inconscient, sous la forme rassurante pour lui, d'images
- a été ces derniers jours passagèrement "gêné", par ses yeux lors de l'exercice. Ici nous apprenons que sa mère présente actuellement un nystagmus, que les investigations ultérieures montreront être en rapport avec une tumeur cérébrale.

13ème séance

identification
secondaire

2ème séance du cycle supérieur : (voir ce chapitre).

Au cours de cette séance apparition d'identification secondaire, au thérapeute sous la forme d'un dé fixe, sur fond de couleur brique.

8 mois après la 15ème et dernière séance

appropriation
totale de la
méthode

- a abandonné aux vacances d'été le travail sur les images du cycle supérieur, parce qu'il se trouvait suffisamment amélioré et la nécessité ne lui en paraissait pas se maintenir

- ne craint plus de paraître en public : joue maintenant à multiplier les occasions : fait partie d'un groupe mixte d'adolescents pratiquant sport, cinéma d'amateur, ciné-club, vélo ; l'érythrophobie s'est peu à peu amendée, ainsi que la plupart des tics, et surtout le bégaiement ;

- se trouve maintenant efficient, calme, faisant un usage souple de la méthode, personnalisée, et adaptée aux circonstances.

- a découvert une capacité de contenance de ses propres émotions et affects ; et gère très bien le retentissement émotionnel causé par la maladie cancéreuse de sa mère, dont les séjours hospitaliers alternent avec des soins à domicile exigeants et permanents.

- reparle pour la première fois sans réticence de sa T.S. par déféstration dont il analyse assez bien les conditions, facteurs déterminants.

- M'annonce son prochain premier saut en parachute dans 15 jours !

Discussion :

Nous avons ici utilisé un cycle standard particulièrement marqué par des sensations très riches en début, lors des séances, et moins riches à domicile, puis par l'apprentissage soigneux et appliqué, le développement progressif d'une capacité à reproduire toujours et partout les sensations.

On y repère particulièrement

- La prévalence de tout le discours quant au corps, discours que respecte le thérapeute.

- L'action générale renarcissisante du T.A. comme 1er temps, spécifique, préalable à toute élaboration verbale quant aux sens ou déterminisme du symptôme.

- L'action spécifique portée par la formulation intentionnelle "je vois l'autre", intégrée dans l'état augogène, en un mois d'entraînement et qui modifie progressivement l'économie relationnelle.

- L'introduction du cycle supérieur, comme ouverture psychothérapique permettant un abord du matériel inconscient de façon tout à fait spécifique.
- Autant de points que nous nous proposons d'essayer de théoriser.

Cette observation permet de bien démarquer deux ordres de phénomènes.

. Un temps de guérison symptomatique, cliniquement marqué par l'amendement progressif de toute la sémilogie dont avait à se plaindre notre patient, associé à une évolution des processus d'identification.

. Un temps de comprendre ou d'élaboration du matériel fantasmatique et inconscient, ici sous la forme spécifique des images thématiques. Enfin, notre patient nous donne ici exemple, que, s'étant approprié des mécanismes de luttes à lui adaptés et personnalisés, la demande psychothérapique peut s'effacer devant la satisfaction symptomatique.

On peut se demander si une psychothérapie "autre" aurait pu, chez cet adolescent insécurisé, phobique, et méfiant vis à vis de la parole, donner des résultats symptomatiques aussi satisfaisants pour lui en 15 séances. Nous serions tenté d'en douter...

PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES MIS EN ŒUVRE DANS LA CURE

Reprenons notre observation N° 1 : Mme J.

Nous y notions dès la 6ème séance une modification radicale de son vécu existentiel : au lieu de vivre toujours à l'écoute de ses organes malades, Mme J. nous dit que désormais, elle prend la vie du bon côté, se réjouit de sa découverte importante : une efficience et des capacités notamment relationnelles qu'elle ne se soupçonnait pas ; redécouverte faite à l'occasion de la garde de son turbulent petit fils, rapportée comme bénéfice du T.A.

Cette revalorisation, cette réassurance à l'égard de ses propres capacités émotionnelles constitue le résultat peut-être le plus évident du training. De plus, nous affirmons avec SCHULTZ qu'il est une des acquisitions les plus spécifiques du T.A.

D'autres techniques : entretiens de soutien, rationalisations rassurantes auraient entraîné quelques modifications internes au demeurant assez superficielles, débouchant peut-être sur une modification d'attitude mais dont on ne peut préjuger de la stabilité.

Par contre notre training autogène présuppose un changement radical d'attitude : au lieu d'une écoute morbide, anxieuse de ses organes toujours malades, et une résolution dans l'activité, on propose simplement d'écouter battre ce cœur sain, de sentir la chaleur conduite par ces veines saines, simplement par l'attitude de concentration sans autre artifice, et ceci permet de développer un tout nouveau mode de sentir, de percevoir, de vivre (Le Nouveau Monde).

Nous pouvons avec SCHULTZ décomposer en quatre temps successifs ce parcours.

1) Découverte d'une sensation corporelle, découverte qu'elle existe et que par simple concentration passive on peut l'appréhender.

2) Prise de conscience de la fonction organique, développement du stade précédent - intégration dans le vécu général de la relaxation de la fonction - exemple, "je sentais la respiration je ne savais pas qu'en faire".

3) Développement progressif - "à petits pas", de son contrôle, acquis de la conjonction de deux séries de facteurs : volonté raisonnable de pratiquer - et persévérance ; donc fruit de l'expérience, par elle seule accessible.

4) Maitrise totale - De plus en plus fine, de plus en plus autogène indépendante de la situation externe et but final du T.A.

"J'affine mes sensations de chaleur" dit cet adolescent.

"Je fais ce que je veux de la chaleur" - je la fais venir où je veux - je joue avec". Christophe 17 ans.

Conséquences les plus évidentes de ce parcours qui va du senti au maîtrisé :

- L'acquisition stable, durable de toute une série de valeurs internes vivantes, lieux de plaisir et de pouvoir sur soi, de collaboration entre le sujet et son corps, dans un dialogue inauguré ici, puis incessamment renouvelé, qui s'enrichit au fur et à mesure de l'expérience de l'acquisition de la reconstruction d'une cénesthésie nouvelle et vivante.

- Développement d'une capacité d'amortissement (SCHULTZ) des résonnances affectives.

Des affects, des charges émotionnelles nous n'en pouvons connaître que la manifestation biophysique (tension musculaire, fatigue, sensation diffuse de peur) bien différenciée des mécanismes de conversion hystérique, c'est-à-dire la partie émergente de l'iceberg corporel.

Cette maîtrise ici apprise d'une fonction organique, donc des moyens corporels d'expression, d'inscription des affects, peut-être pratiquement totale, instantanée, et offre cet incomparable avantage d'être tout à fait indépendante de la situation (lorsqu'elle est autogène) Reproductible en tout lieu, tout temps, et nous le croyons de façon quasiment définitive, particularité confirmé par la clinique et que bien des thérapeutiques plus en mode actuellement **pourraient envier au T.A.**

Une de nos patientes s'écriait à la septième séance : "en somme c'est comme si vous m'appreniez à conduire ; je saurai toujours faire et toute seule !".

Parce que désormais, ayant maîtrisé un processus stable, ayant acquis un mécanisme de défense adapté, prophylactique, très fiable, toujours reproductible, elle cherchera à le réutiliser dans de nouvelles situations imprévues, qui autrement entraîneraient des décharges émotionnelles parasites, parce que incontrôlées, gênantes.

En fin de compte n'est-ce pas là un point capital de notre apprentissage que l'usage adéquat, d'une des innombrables modalités régressives.

- Ce facteur d'amortissement ne reste pas sans faire penser au schéma du pare - excitation élaboré par Freud dans "Au-delà du principe de plaisir", comme prolongement fonctionnel de la première topique, et dont la vertu essentielle serait de protéger les couches les plus profondes du psychisme des excitations externes dont l'accroissement exagéré serait susceptible de

toujours augmenter le déplaisir - la tension interne.

C'est bien en référence à des situations externes que nous nous trouvons en difficulté, (du moins pour l'homme normal).

La réponse la moins adaptée : c'est la fuite, l'évitement.

La réponse la plus adaptée, et qui nous laisse le plus de possibilités vitales est de métaboliser la résonnance interne de ces difficultés.

Cette action auto-thérapeutique s'appuie sur quatre ordres de processus psychiques.

1) L'attitude de concentration

Elle procède bien sûr de la régression puisque le sujet est invité à concentrer, focaliser toute son attention sur ses sensations corporelles, à se détacher de toute autre préoccupation d'environnement ou préoccupation psychique actuelle. En elle même cette attitude concentrative a une valeur unifiante à laquelle notamment ne peut accéder la névrose obsessionnelle grave ni le psychotique.

Valeur unifiante qui apparente le T.A. au yoga celui-ci reprenant le meilleur de celui-là - "Yog" = joint cf. LEMAIRE - Les relaxations -

2) Concentration passive - l'expérience de la passivité

Il n'y a là, rien à faire, rien à agir - qu'à s'arrêter quelques minutes, laisser faire, s'abandonner passivement à la seule activité perceptive de la cénesthésie interne.

Démonstration par l'expérience de la valeur de ce laisser faire, de ce mouvement régressif - qui souvent est investi d'une signification existentielle. Ici encore modification très éclairante des défenses du sujet à l'égard de cette régression.

3) Plongée interiorisante somatisante

Contrairement à d'autres méthodes qui utilisent une part de relaxation (méditation transcendante, Yoga) notre expérience d'interiorisation ne s'intéresse qu'au vécu corporel, avec une certaine gradation des exercices : de la périphérie vers les couches les plus profondes, dans une conception hiérarchisée des viscères.

Pendant toute la période de latence les rapports de l'homme à son corps connaissent un équilibre stable et rassurant ; l'adolescence, avec les poussées pulsionnelles qui la définissent et la troublent vient modifier ces rapports du sujet à son corps en changement...

Ainsi fait la maladie et de façon plus générale toute modification corporelle : elle introduit pour le sujet une modification du vécu global corporel, rupture d'équilibre des rapports harmonieux continus et autonomes jusque là établis entre le sujet et son corps.

Réduction des possibilités, réaménagement nécessaire mais pénible de son image du corps, s'imposent devant la blessure narcissique.

Le T.A. propose une somatisation - une attention portée au corps, un retour au corps, sur des expériences insoupçonnées jusque là mais qui existent indépendamment de toute pathologie - ignorante de la maladie.

L'expérience fondamentale d'alors, en début de T.A. est la réactivation des perturbations de ce lien au corps, la réapparition des palpitations, de l'asthme, des vieilles douleurs hépato-vésiculaires... qui la première fois prennent une allure cathartique de vidange libidinale, puis qui, répétées, vont permettre de reconstruire l'image d'un coeur sain, un foie sain, des poumons qui respirent seuls et normalement...

Cliniquement ce vécu de reconstruction narcissique, de réconciliation de l'homme et de son propre corps, de réassurance semble être l'élément le plus constant de tous les trainings, et SCHULTZ le tient pour l'action psychosomatique la plus générale et la plus spécifique du T.A., pratiquement inaccessible par les psychothérapies dialectiques dites verbales - et ceci nous paraît important parce que là dessus il nous faudra discuter des indications respectives de T.A. ou autre psychothérapie.

4) L'état autogène se structure sur la relation médecin-malade et sa manipulation psychothérapique.

Devant "apprendre" quelque chose à quelqu'un, d'emblée nous entrons dans une relation pédagogique de type maître-élève, avec reviviscence des réactions antérieures vis-à-vis de l'autorité du rôle du maître, du père. Ces résistances se manifestent en général dans la cénesthésie du patient c'est-à-dire par la reviviscence d'expériences douloureuses, anxieuses, par des douleurs, des incapacités à sentir, des "sentis" paradoxaux (dans leur cours, leur nature, leur localisation...) et doivent là être interprétées comme modalité relationnelle spécifique au T.A.

Des échecs du début de training, des abandons précoces se manifestent là, chaque fois que ces réactualisations ne sont pas explicitées dans le champ de la relation médecin-malade.

Médecin et malade font ensemble les exercices. Cela ne peut constituer une règle absolue, mais nous paraît une modalité opératoire intéressante quant à la structuration de notre relation thérapeutique ; si l'aspect de rite initiatique n'en est pas exclu, le principal avantage selon nous est de favoriser une rapide identification du patient à son médecin. Sans cette identification nul progrès psychothérapique n'est possible.

Cette identification est des plus solide - le malade doit en effet travailler hors de la présence du médecin, c'est-à-dire chez lui ; il ne pourra le faire qu'en se construisant la présence fictive du psychothérapeute dans un espace imaginaire : qu'a réentendre sa voix avec son timbre particulier, ses inflexions, son rythme, bref qu'en se construisant une relation imaginaire avec lui, vivante, active et cette utilisation à des fins thérapeutiques s'avère très solide et efficace, à laquelle a recours le patient pendant très longtemps.

Mais notre visée étant d'aboutir à une autonomie suffisante du sujet - pour sans craindre l'abandon du T.A., pouvoir arrêter ou espacer les séances, - le sujet doit pouvoir se détacher du médecin, se passer de sa présence réelle ; la relation imaginaire entretenue avec lui demeurera longtemps encore après l'arrêt ; et toute habileté du médecin sera de laisser advenir cette prise d'autonomie, cette "délégation du pouvoir thérapeutique du médecin au malade", dans une distanciation de plus en plus grande, dans une involution progressive de cette relation imaginaire.

Voilà sûrement une des difficultés majeures que nous rencontrons le plus habituellement.

Les tentatives que fait le patient pour accéder à son autonomie, se détacher de la personne du médecin provoquent des réponses contre-transférantielles de la part de celui-ci, comme d'ailleurs un excès de zèle médical à pousser trop vite un patient vers sa propre prise de responsabilité, provoquerait des blocages et mouvements agressifs ou dépressifs chez le patient.

Au médecin incombe la difficile tâche de savoir où et à quel rythme "déléguer ce pouvoir", sans rejeter ni garder le malade ; à lui d'inventer pour chaque patient les modalités concrètes de cette progressive distanciation.

Dans notre technique l'usage central de la cénesthésie du patient suppose certaines conséquences d'ordre contre-transférentielles. On ne peut en effet

se tenir attentif, tout près d'un malade couché, profondément régressé et dont on attend quelque vécu corporel, sans mouvements affectifs.

Pour SCHULTZ, c'est "aux résistances défensives contre ces vécus libidinaux éveillés chez le psychothérapeute, qu'il faut attribuer un certain nombre de résistances conscientes à des modes thérapeutiques de concentration somatisante". Nous pouvons même ajouter aujourd'hui que c'est à une telle complaisance à l'égard de ces vécus non élaborés, et exploités comme tels, que l'on doit la création d'un bon nombre de "relation soignante" baptisée thérapeutique, qui semble aujourd'hui avoir grande faveur du public - et ce n'est probablement là qu'un autre mode de résistances défensives contre les mêmes mouvements libidinaux et surtout contre leur élucidation.

Si en fin de compte un seul facteur devait de façon imagée et caricaturale conditionner le pronostic d'un T.A., ce devrait être pour SCHULTZ la qualité de la manipulation de la relation psychothérapique.

Ce qui ouvre la possibilité de différents niveaux thérapeutiques "kinesithérapique", médical, psychiatrique ou psychanalytique, correspondant en fait aux indications.

LES INDICATIONS

Nous ne faisons ici que rappeler en résumé les principales meilleures indications du training, bien décrites par SCHULTZ puis par GIESSMANN et DURAND de BOUSINGEN, dans leur ouvrage commun : "les méthodes de relaxation".

Hors de toute indication spécifique, la pratique du training procure toujours un bénéfice quelconque au sujet qui fait son entraînement. Un des effets les plus universels est l'augmentation du seuil de perception de la douleur organique, aiguë ou chronique. Un second effet constant est l'amortissement des effets de choc émotionnel, stress, manifestations d'anxiété, ouvrant sur un usage du training à titre prophylactique dans les professions spécialisées à haut niveau de stress.

EN PATHOLOGIE MEDICALE

a) Neurologie :

- Les céphalées pulsatiles, du sujet tendu, crispé, hyperémotif, qui a une hypersensibilité à la douleur ; surtout céphalées postérieures ou nuquales.
- Migraines vraies et rachialgies
avec en complément du cycle standard, intégration de F.O.S. qui vise à obtenir une sensation de chaleur dans la nuque, le bas du dos, les lombes.

- Syndrôme subjectif des traumatisés crâniens, banal c'est-à-dire hors de toute structure hystérique ; peu utilisé dans cette indication en France, le training l'est beaucoup en Allemagne, tôt après le T.C, associé à une prise en charge très intensive hospitalière et sur le lieu de travail etc... bonne réduction du cortège symptomatique : céphalées, rachialgies, douleurs lombaires, anxiété.
- Tremblement intentionnel ou de situation avec un cas particulier : toute atteinte du système extra-pyramidal entrave la sensation de pesanteur.
- Phénomènes psychomoteurs paroxystiques tels que la crampe des écrivains ou dyspraxie de l'écriture : pathologie monosymptomatique peu accessible à une autre psychothérapie.

Le training y est ici une très bonne indication, mais il peut ne pas suffir, et on a avantage à lui associer une rééducation sous training autogène par exemple, ou verbalisation sous training, voire un cycle supérieur ;

- Bégaiement : Très bonne indication quand elle est précocément posée. Le T.A. offre ici un appui à la rééducation orthophonique l'usage de formulation intentionnelle type "je vois l'autre" permet de détacher l'intérêt du moi pour le porter sur l'autre, c'est-à-dire permet des modifications de structure relationnelle du sujet.
- Insomnies banales, c'est-à-dire hors de toute problématique ouverte névrotique c'est le triomphe régulier du training.

b) Cardiologie

- Hypertension artérielle dite essentielle, surtout labile chez le sujet anxieux, émotif.
Le training peut abaisser, stabiliser les chiffres tensionnels mais est principalement actif sur le cortège subjectif et l'anxiété, qu'il diminue ce qui met à l'abri des poussées tensionnelles (stabilisation relative).
- syndrôme angineux et douloureux résiduel d'infarctus du myocarde, quand la composante anxieuse est majeure. C'est ici que l'on trouve la seule vraie contre indication absolue du training : sujet hypertendu, hyperactif, n'observant pas les règles d'hygiène de vie

et de repos prescrit par le cardiologue, et chez qui on doit maintenir la douleur angineuse comme signe d'alarme.

- "névrose cardiaque", palpitations, angor névrotique, les meilleures indications du cycle standard simple grâce au vécu restructurant qu'il procure.

- Troubles vasomoteurs des extrémités, banaux avec utilisation de formulation F.O.S. ou F.I. quand il existe un élément phobique associé à l'apparition du symptôme; exemples : maladie de Raynaud ou érythrophobie.

c) Pneumologie

- Au premier plan l'asthme, ce qui n'exclut pas du tout les autres thérapeutiques médicamenteuses, immunologiques, etc... Le training a ici des effets directement utilisables sur le rythme respiratoire et l'ampliance thoracique. De plus il est remarquable sur les troubles associés anxiété, insomnie, insécurité permanente irritabilité, troubles digestifs. L'asthme de l'enfant et de l'adolescent sont les meilleures indications parce que le sujet trouve là à satisfaire son avidité orale, l'asthme n'y étant pas encore trop chronique, ni intriqué.

d) Dermatologie

- Allergie cutanée surtout chez l'enfant
- Eczéma
- Psoriasis
- Prurit localisé
- hyperhydrose palmaire avec facteur émotionnel (utilise les F.O.S et F.I)

e) Endocrinologie et métabolisme :

- Obésité par hyperphagie anxieuse
- Spasmophilie tétanique : de la médecine générale, l'existence d'une structure hystérique ne contre indique pas le T.A. mais n'est pas justiciable de cette seule approche.
- Diabète, surtout actif sur les facteurs secondaires céphalées, insomnies, irritabilité. Le training intervient comme élément de stabilisation du diabète.

f) Digestif :

- Dysphagie hystérique avec F.O.S.
- Ulcère gastro-duodénal (UGD) et symptomatologie ulcéreuse typique ou atypique des adolescents notamment hors de toute névrose patente :
- Chez les enfants, syndrome douloureux abdominal atypique.
- Trouble du transit - Gastro-entérite émotionnelle.
 - Constipation
 - Diarrhée chronique
- R C H = Recto-colite hémorragique = indication héroïque et très difficile, qui suppose une prise en charge très intensive institutionnelle et un maternage important. Peu de résultat extraordinaire comme d'ailleurs avec d'autres techniques.

g) Ophthalmologie

- Deux indications essentielles le glaucome réputé maladie psychosomatique et
- "Fatigue oculaire" sans substratum lésionnel.

h) Obstétrique :

La plupart des méthodes actuelles de préparation à l'accouchement utilise une partie de relaxation. Surtout chaleur et pesanteur. Un autre effet utilisé est l'augmentation du seuil de perception de la douleur et une meilleure maîtrise, une dérivation de l'attention.

i) Appareil génito-urinaire :

- syndrome subjectif avec élément phobique dans la sphère génito-urinaire = F.I. contraphobique.
- éjaculation précoce hors de toute névrose "ouverte"
 - agit surtout comme dérivant l'attention
 - question d'apprentissage
 - usage régulier de F.I
- impuissance banale, récente avec des facteurs émotionnels importants. Le T.A. est ici associé à une psychothérapie de soutien.
- frigidité récente, banale, lorsque le conflit névrotique n'est pas trop évident le training peut être légitime. (T.A. simple).
- Dysménorrhée primaire ou secondaire, par reconstruction narcissique et abaissement de la réactivité à la douleur (avec F.O.S. insistant sur la fraîcheur de l'utérus)
- Prurit vulvaire isolé aigu ou chronique.

Comme pour les tics le T.A. est très efficace, si les problèmes névrotiques ne sont pas au premier plan. Les F.O.S. visent à un rafraichissement des zones prurigineuses.

Ces indications ne sont jamais exclusives d'autres thérapeutiques soit associées soit successives ce qui facilite la manipulation de chacune d'elle.

EN PATHOLOGIE NEVROTIQUE

C'est ici que l'action symptomatique est la plus importante et peut-être historiquement la plus utilisée. Le training ne peut pas suffir à guérir le plus souvent, mais offre un appoint intéressant.

- Soit avant d'entrer dans une psychothérapie dialectique
- soit en association de complémentarité
- soit il suffit à passer un épisode de décompensation névrotique.

- Névroses "actuelles"

. Neurasthénie

La fatigue s'améliore sous le seul effet d'un T.A. simple

. Névrose d'angoisse :

Très bonne indication, parce que l'effet de réassurance est manifeste, et que le T.A. permet de restreindre l'accoutumance aux médicaments et au thérapeute.

. Névrose hypochondriaque :

Quand il s'agit bien d'autre chose que d'une psychose.

La somatisation guérit l'hypochondrie parce qu'elle offre une véritable reconstruction totale du vécu corporel.

Très difficile à manipuler mais en général très efficace.

- Psycho-névrose de défense ou névrose de transfert

Le T.A. n'y est jamais curatif mais nous ne pouvons pas pour autant éviter d'y avoir recours notamment pour :

. L'hystérie de conversion

On ne cherchera qu'à améliorer un symptôme sans préjuger de la suite notamment dans la névrose structurée (réapparition d'un autre symptôme de conversion).

Association inévitable à une autre psychothérapie voire à une analyse.

. Névrose phobique :

Triomphe (!) des F.I. contraphobiques qui parlent à l'inconscient et peuvent diminuer un symptôme précis.

Névroses obsessionnelles

Malgré l'application de ces gens-là ; la difficulté est majeure ; nécessité d'élaborer des formulations intentionnelles contra-obsessionnelles. Ici le T.A. peut augmenter le confort si la tension nerveuse se trouve diminuée ; il apparaît comme un moindre mal.

Toxicomanies mineures : tabac - alcool

Lorsque celles-ci sont réactionnelles à l'anxiété.

L'aspect réactionnel de la pathologie a toujours été relevé comme étant un indice de bon pronostic d'un T.A., quel que soit le diagnostic nosographique.

EN PATHOLOGIE PSYCHOTIQUE :

Cas particulier à l'égard de la manipulation du training, les psychoses représentent une contre indication de principe :

Le psychotique pose trois sortes de problèmes au relaxateur :

1) Régression massive sous forme de dépersonnalisation ; dissociation pouvant être délirante.

2) Transfert massif psychotique, difficile à maîtriser.

3) Le plus souvent résistance contre la concentration sur soi, sur un corps dissocié. La partie du moi psychotique qui tente l'expérience du training voit surgir une intense angoisse psychotique de morcellement ; l'existence de dépersonnalisation antérieure, d'un vécu corporel morcelé, particulièrement pénible et angoissant suscite ce type de résistance caractéristique : le training marche de moins en moins bien, le sujet s'agite, s'énerve sitôt couché, s'angoisse et de lui-même ou de l'avis du médecin arrête l'entraînement.

EN PATHOLOGIE INFANTILE

Les mêmes indications sont reproductibles ici avec des critères plus spécifiques à l'enfant.

Nécessité d'une autonomie suffisante pour assurer les exercices autogènes, sans compter sur les parents ; 10 ans paraît un âge minimum raisonnable. Collaboration discrète des parents qui doivent laisser à l'enfant la responsabilité de ses exercices, le conduire chez le médecin à la consultation, sans intervenir dans la relation médecin-enfant.

L'enfant préfère souvent le groupe, le médecin y est moins synonyme d'autorité

Avec les adolescents :

Les préoccupations corporelles sont majeures, une reconstruction, un réaména-

gement de l'image du corps est nécessaire, et le discours est souvent difficile suscitant des résistances contre l'investigation psychologique. Par la reconstruction des expériences corporelles, des expériences émotionnelles, la constitution d'un espace pour la vie intérieure, le training a ici une place privilégiée suffisamment adaptée aux problèmes spécifiques corporels de cette époque.

Suffisamment dépsychiatrisé aussi, pour être facilement accepté.

UN TRAINING STANDARD ET APRES ?

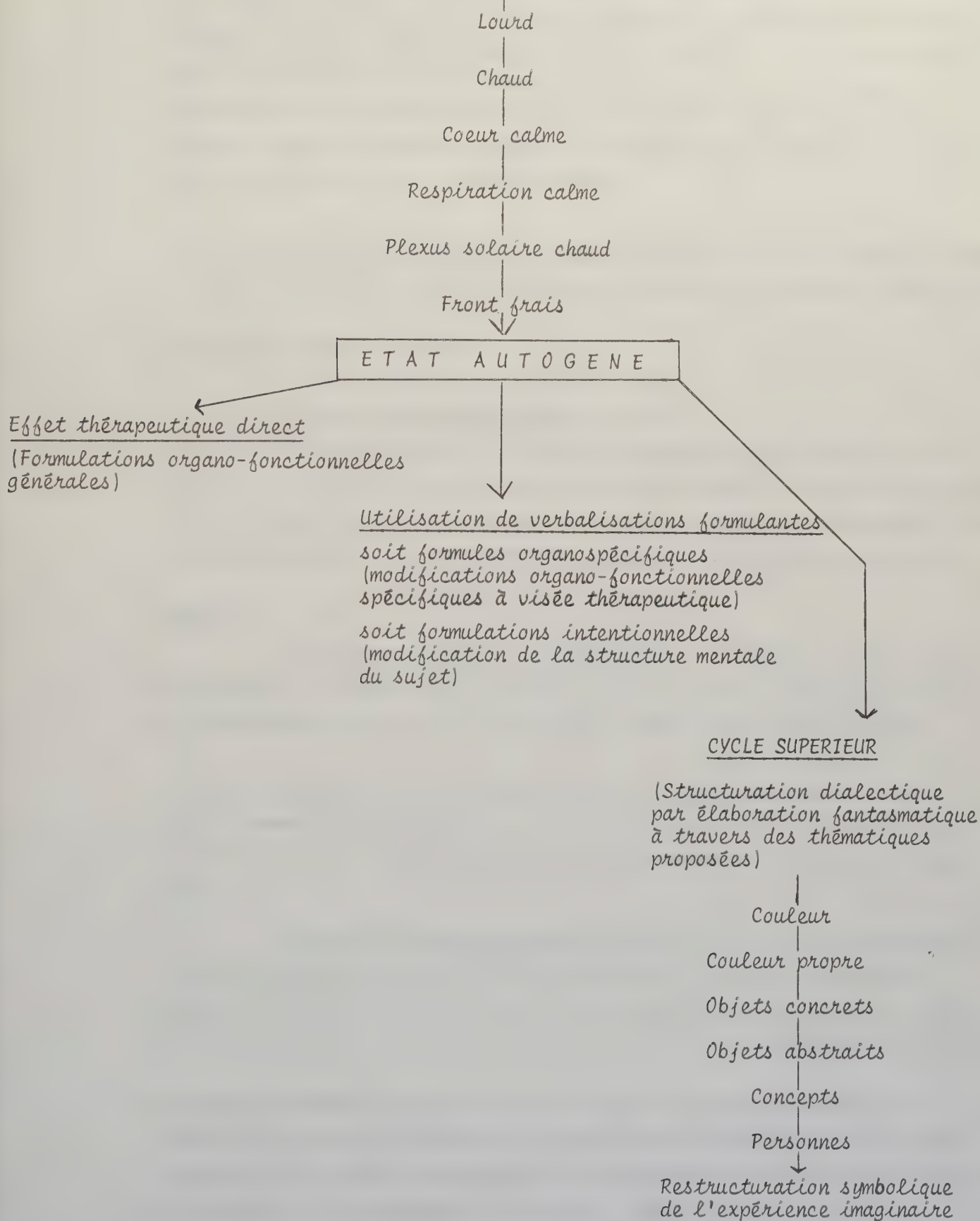
Soit les symptômes ont disparus déjà et le T.A. aura été en soi thérapeutique, efficace et suffisant ; le sujet n'attend pas davantage de sa thérapie ; il sera revu 2 à 3 mois plus tard pour une séance de rappel, afin de s'assurer de son autonomie, ou de percevoir une demande résiduelle de soins (obs N° 1).

Soit la demande symptomatique n'est pas jugée satisfaite (par malade et médecin), parce que le symptôme persiste, souvent à minima, ou bien qu'un besoin de psychothérapie dialectique se précise (Obs N° 2).

On pourra alors utiliser le T.A. pour une psychothérapie, sous T.A. Au cycle standard, on ajoutera des formulations organo-spécifiques, (F.O.S.), ou bien des formulations intentionnelles (F.I.), qui visent à renforcer et personnaliser les exercices standard en fonction de la pathologie du malade.

A DURAND de BOUSINGEN, nous empruntons le schéma suivant faisant apparaître les trois temps du T.A. complet, (tel que rarement pratiqué en France).

ENTRAINEMENT AUTOGENE PAR FORMULATIONS - STANDARD



F.O.S. et F.I. ne peuvent être pratiquées qu'après la maîtrise totale du cycle inférieur ; l'intégration de ces exercices complémentaires ne peut se faire que dans l'état autogène. Le sujet commencera donc son exercice dans l'ordre qui lui est habituel, et ajoutera en fin, ce nouveau maillon : concentration sur la résolution proposée. Un entraînement de 15 jours à 30 jours paraît un délai minimum pour l'intégration efficace de la résolution, c'est-à-dire pour la rendre active.

Si plusieurs formulations doivent être introduites, elles le seront successivement, la suivante n'étant amenée que lorsque la précédente sera active.

On distingue F.O.S. et F.I.

A) FORMULATIONS ORGANO-SPECIFIQUES (F.O.S.)

Ce sont des formulations qui utilisent une fonction physiologique pour la modifier, la renforcer ou la freiner. Ces modifications visent en fréquence surtout la sphère cardio-circulatoire et musculaire, et correspondent à un renforcement spécifique des exercices standard de pesanteur et chaleur.

Exemples :

1) Pour des troubles vaso-moteurs des extrémités, type maladie de RAYNAUD, le sujet fera son exercice, puis à la fin, ajoutera un temps de concentration sur la F.O.S. suivante : "mains tout à fait chaudes".

L'effet, contrôlable par pléthysmographie et téléthermographie, en est spécifiquement une accentuation de la circulation locale aux deux mains, par vaso-dilatation commandée. Véritable éducation de la motricité vasculaire.

2) Prurit idiopathique localisé : La F.O.S. ici efficace est du type "mes bras sont (tout-à-fait) agréablement frais" ou "ma peau est douce, et fraîche", visant à procurer une sensation de fraîcheur à partir d'une vaso constriction locale, sensation que l'on sait atténuer le prurit.

W. LUTHE a codifié ces F.O.S. et il incite à une certaine prudence à l'égard de celles qui viseraient à obtenir une sensation de chaleur dans la tête vu le risque de céphalées, qui ne feraient qu'aggraver le patient et l'inciter à se "défendre" en arrêtant l'entraînement.

Nous avons choisi deux exemples simples, élémentaires, mais qui illustrent assez l'efficacité des F.O.S. (et leurs risques corollaires) sur les fonctions physiologiques.

Avec un troisième exemple, nous verrons quel parti on peut en tirer, pour répondre à une symptomatologie plus complexe (et peut être plus fréquente).

3) La migraine

La physiologie moderne a montré que la crise céphalalgique, quels que soient le facteur déclenchant et le déterminisme inconscient, se déroule toujours en deux temps : vaso-constriction puis vaso-dilatation qui l'emporte, responsable d'un oedème localisé douloureux.

Pour lutter contre cette stase sanguine, les F.O.S. cherchent à dériver le sang ailleurs ; utilisant des anastomoses déjà existantes mais fonctionnellement sous-utilisées dans les conditions normales, entre tête et lombes. La F.O.S. proposée est alors "reins chauds et calmes" ou "dos agréablement chaud" ou encore "nuque chaude et calme".

Vérifications expérimentales ont été faites de l'augmentation du flux sanguin dans les masses musculaires des lombes et la peau.

Nous avons alors appris un moyen très simple dans sa manipulation, très fin dans sa régulation, et sans effet secondaire désagréable, de mieux utiliser et contrôler pour un plus grand confort, les fonctions physiologiques préexistantes.

Avec l'entraînement, l'accès à la sensation est pratiquement immédiat ; il reste toujours disponible, et sans risque.

A qui cela peut-il profiter ?

Schultz maintient que le T.A. marche d'autant mieux que le sujet a un indice de normalité plus grand.

Paradoxe apparent parce que celui réputé normal ne devrait pas avoir besoin de training.

Dans un abord plus psychanalytique du symptôme, nous savons que "la migraine" est retrouvée dans nombre de structures névrotiques, sans pour autant qu'il y ait problématique ouverte avec souffrance névrotique, et d'autre part avec une notable fréquence chez l'homme "normal". La clinique nous l'enseigne, le dos entretient avec l'angoisse de castration, d'étroits rapports, tels qu'une bonne partie de l'angoisse est convertie sous forme de douleurs lombaires.

Avec l'usage des F.O.S. nous proposons au sujet un déplacement d'un lieu-symptôme sur un autre, pour achever une boucle qui va de l'angoisse de castration à la migraine, à la chaleur dans le dos, pour finalement trouver une expression plus heureuse parce que plus confortable à son angoisse convertie.

On passe de la conversion d'angoisse sous forme de migraine à une conversion sous forme de "chaleur dans le dos", l'expérience clinique prouvant qu'il est en effet moins inconfortable d'avoir chaud dans le dos ou la nuque, que très mal à la tête, (sauf pour les névroses hystériques trop patentes pour bénéficier du seul training).

Répondre "chaleur dans le dos" au symptôme migraineux pourrait se concevoir comme la reconnaissance implicite (véritable interprétation agie) de l'origine de conversion du symptôme c'est-à-dire du fait que cette migraine tire son déterminisme principal dans une expression somatisée de l'angoisse névrotique. Ceci nous paraît éclairer deux phénomènes, jusque là incompréhensibles

- cette manipulation de l'angoisse de castration, et de la conversion comme mécanisme de défense explique peut-être la prudence recommandée par LUTHE pour ce genre de formulations, et les réserves que fait SCHULTZ que le training ne soit manipulé que par des médecins habitués à la compréhension du fait psychique, et psychothérapique. Bien utilisée la formulation a d'heureux effets ; mais mal choisie, ou mal utilisée, elle sera rejetée, ou bien provoquera des effets innattendus, paradoxaux, plus gênants que le symptôme initial.

- nous n'exigeons pas du malade qu'il renonce à son symptôme ; nous lui donnons seulement des armes avec lesquelles mieux se défendre. Nous lui apprenons une réponse plus adaptée. Guéri de sa migraine pour laquelle il consultait, il n'est pas guéri de l'origine névrotique de son symptôme, mais "seulement" mieux équipé en moyens spécifiques de défense ; par ailleurs il n'aura pas été contraint à abandonner son symptôme pour en découvrir le sens : sans doute ce sens restera ignoré voire réellement insoupçonné du malade ; on ne peut pourtant pas sous-estimer les bénéfices, notamment narcissiques qu'en tirera ce patient qui n'aurait "rien d'autre" qu'une migraine à soigner, et finalement à "offrir" à un psychothérapeute.

B) FORMULATIONS INTENTIONNELLES (F.I.)

Les F.I. sont au psychisme ce que les F.O.S. sont aux fonctions d'organes.

Il s'agit de résolution, d'intentionnalité future, donc d'une représentation de l'état terminal souhaité.

Exemple : la formulation de mise au calme "je suis tout à fait calme", représente le but final, et l'anticipe.

Elles sont actives par suggestion indirecte, en l'état autogène, proposée dans une relation thérapeutique, où se déroulent des processus spécifiques d'identification.

Elles visent à provoquer une modification de structure, du moins focale, du sujet, par "identification à cette forme symbolique".

Elles doivent :

- être introduites en fin d'entraînement, lorsque le sujet est assez autonome,
- faire l'objet d'une concentration dans l'état autogène
- parler à l'inconscient du sujet, mais "sans en avoir l'air", pour ne pas éveiller des réticences, et induire un rejet. Quant à parler à l'inconscient, cela ne peut se faire ici que sous une forme imaginée, suffisamment concentrée de sens ; c'est cette concentration sémantique qui parle à l'inconscient, et confère aux meilleures de ces formules, l'aspect de slogan publicitaire, d'autant meilleures qu'elles auront été trouvées ou adaptées par le sujet lui-même.
- participer d'une recherche délibérée en training, des connotations "agréables", "calme", "indifférence", les plus admissibles mais aussi les plus narcissisantes.

SCHULTZ en distingue 3 types :

1) de renforcement :

Les moins couramment utilisées parce que plus difficiles à manipuler. Le renforcement d'une tendance ou fonction est utilisé ici pour masquer la prévalence morbide d'une autre, dont se plaint le malade.

Ex : "j'ai envie de dormir", proposition qui vient activer le but conscient de dormir, alors que le sujet s'en trouve empêché par son impossibilité à se détacher de préoccupations actuelles ou psychiques.

2) de neutralisation :

type des résolutions les plus utilisées parce que leur contenu suscite moins de résistances (essentiellement par le large usage fait ici de la dénégation)

Dans le même cas que précédemment, nous pourrions proposer cette dénégation : "toutes mes pensées me sont indifférentes".

3) d'abstinence :

souvent efficaces sous la forme de "je sais que j'évite..."

Langage de prime abord irrationnel et déroutant, mais n'est-ce pas la caractéristique essentielle de l'inconscient ; d'ailleurs cela ne fait jamais rire les patients.

Ainsi s'explique l'efficacité des formulations paradoxales comme "je vois l'autre", ou "j'observe" proposées à celui qui veut se guérir d'un trac, d'une tendance exagérée à s'introspecter.

Car il s'agit bien de guérir.

Autant que les F.O.S., les F.I. modifient l'économie du sujet.

L'observation "Christophe" nous montre un assez bon exemple.

Les dernières séances avaient permis d'introduire la formulation "je vois l'autre" pour aider notre patient à se "défaire" d'une érythrophobie : chaque fois qu'il devait paraître et surtout parler en public, (classe) la seule pensée qu'il risquait de "rougir des oreilles" l'amenait invariablement à rougir effectivement, s'angoisser, alors il se paniquait, bafouillait, son bégaiement s'accroissait ; aussi, il avait depuis longtemps appris à éviter, ce qui ne le satisfaisait guère, et n'était pas toujours possible.

Pendant environ 2 mois, notre patient a fait ses exercices régulièrement, en y ajoutant un temps de concentration sur la F.I. puis s'en est détaché, est parti en vacances.

Revenu à la rentrée, il s'aperçoit alors qu'il est beaucoup moins tendu qu'antérieurement et surtout qu'il ne rougit pratiquement plus. Dès lors il va en "profiter" et maintenant, dix mois après, il multiplie les occasions de parler en public.

A noter aussi que le bégaiement a pratiquement disparu progressivement, pendant ces dix mois, sans que l'on ait expressément cherché à le traiter. Et c'est surtout aux bègues que SCHULTZ propose cette formulation !

C) QUELQUES ASPECTS THEORIQUES

Pour la plupart des profanes de la relaxation, pareille efficacité est séduisante, restituant là sa dimension et son aura magiques.

Pour les malades elle est payante.

Payante, elle l'est aussi pour le thérapeute; au fond n'est-ce pas elle qui fait l'immense attrait du training (méthode efficace, rapide, qui soigne convenablement les patients et n'est point trop lourde pour le thérapeute).

Affirmer, illustrer les brillants résultats du training ne saurait nous suffir.

Il nous faut argumenter des voies de cette efficacité, et en définir les limites.

Avec la sagacité du biologiste, la logique du cybernéticien, nous pourrions chercher à démasquer derrière cette magie, quelle est la sub-structure physiologique active, quelles sont les voies neuronales ou humorales qui sont ici empruntées. Nous avons précisé que ce sont surtout les sensations de pesanteur et de chaleur qui prêtent le mieux matière à F.O.S. Tous les appareils pourraient peut-être sur ce schéma être mieux contrôlés et offrir une explication rationnelle à ces formulations. (à leur efficacité sur les fonctions biologiques). Le grand dénominateur commun (connu) à ces organes est le système nerveux sympathique...

Mais nous manquons à ce point, d'une théorisation neuro-physiologique des maillons intermédiaires entre mots et cortex, ou au moins entre mots et l'ensemble du système nerveux, capable de nous expliquer avec un minimum de cohérence comment une résolution verbale trouverait à se réaliser dans le corps.

C'est tout d'abord à l'anthropologie structurale que nous emprunterons quelques données explicatives.

Puis aux théories freudiennes du fonctionnement psychique.

I - EFFICACITE SYMBOLIQUE

LEVI-STRAUSS dit en substance que ce qui est innacceptable pour l'homme, c'est l'incohérence et l'arbitraire d'une douleur.

La souffrance rend le sujet étranger à lui-même ; ses rapports avec son propre corps sont perturbés de même ses rapports avec le groupe social - la continuité est rompue ; le sujet se sent hétérogène à lui-même et au groupe.

La souffrance vient d'ailleurs de la perception de cette hétérogénéité à soi, et s'augmente de se sentir étrangère au groupe : la souffrance ne se partage pas.

Diminuer la souffrance, c'est réduire cette distance, c'est redonner unicité et cohérence intérieure à ce qui en manquait.

L'appel à un mythe va replacer le sujet dans un ensemble cohérent, homogène, et l'ayant compris, le malade guérit.

Cela vaut pour la thérapeutique magique, chamanique ; inscrite dans une tradition culturelle.

Le chaman fournit un langage où s'expriment des états autrement informulables et c'est le passage à cette expression verbale qui provoque le déblocage du processus physiologique "c'est-à-dire la réorganisation, dans un sens favorable, de la séquence dont le malade subit le déroulement" (Levi-strauss).

Le chant du chaman est incantatoire.

"Le rôle de l'incantation est d'établir une relation immédiate avec la conscience, médiate avec l'inconscient du malade".

Selon LEVI-STAUSS le malade guérit, dans la cure chamanique lorsqu'il reçoit de l'extérieur, un mythe social, c'est-à-dire socialement approuvé.

Il guérit dans la cure psychanalytique lorsqu'il parvient à se reconstruire un mythe individuel, à partir d'éléments extraits de son passé personnel.

L'anthropologue établit ainsi un parallèle entre magie et psychothérapie. Il en précise les différences : la cure chamanique est un exact équivalent de la psychothérapie, mais avec une inversion de tous les processus.

Cure chamanique

Cure psychanalytique

Le thérapeute : parle
à les mots

écoute le malade

Le malade : l'écoute
reçoit le mythe
le réalise dans son corps

parle
reconstruit un mythe

A partir des travaux de Mme SECHEHAYE sur la réalisation symbolique (Journal d'une schizophrène), LEVI-STRAUSS souligne que, dans l'histoire du traitement de Renée, la jeune schizophrène, Mme SECHEHAYE doit y assurer un "rôle maternel" ceci est rendu possible "à coups d'actes discontinus", dont chacun symbolise un élément fondamental de cette situation de maternage. Ces actes ne sont pas seulement des gestes, mais sont porteurs chacun d'une charge symbolique. C'est cette charge symbolique de tels actes, qui rend ceux-ci propres à constituer un langage.

Ce dialogue se fait donc par des opérations concrètes, véritables rites, qui traversent l'écran protecteur et censeur de la conscience, sans rencontrer d'obstacles à leur passage, et viennent ainsi porter leur message, leur charge symbolique à l'inconscient.

Les gestes faits par Mme SCHEHAYE fonctionnent comme les mots dits par le chaman : ils déterminent des modifications des fonctions organiques du patient.

Mythe et opérations symboliques forment ainsi un couple où se retrouve toujours la dualité médecin-malade. Dans la cure de la schizophrénie, le médecin accomplit les opérations et le malade produit à partir d'elles, son mythe, dans la cure chamanique, le médecin fournit le mythe, et le malade accomplit les opérations.

Notons au passage que le langage schizophrénique utilise les mots comme des objets, comme d'ailleurs le travail du rêve ; ne dit-on pas que le langage du schizophrène est à entendre "au pied de la lettre", comme réalisation vécue de la valeur symbolique des mots ; des études récentes ont par ailleurs établi que le geste (et son extension conceptuelle, le réel) serait plus parlant, plus "mobilisateur" que le mot pour ce schizophrène.

La situation décrite pour la cure chamanique nous paraît pouvoir être rapprochée de la cure du T.A., où ici aussi, le médecin fournit les mots, et le malade les réalise.

Ex : "corps lourd" est une unité symbolique qui, proposée au sujet, vise à le faire entrer dans une catégorie existentielle agréable, conforme à un mythe collectif qui admet "bonne" la perception de la pesanteur, agréable la densité corporelle, même si cette dénomination n'est pas scientifique. Ceci permet de comprendre que le "corps lourd" ne marche pas (il est rejeté et l'exercice arrêté) dans le traitement des obèses qui ne peuvent adhérer à ce mythe collectif qui tient comme bon et structurant la pesanteur.

Le chant chamanique est riche de luxueuses descriptions, métaphores, images ; au contraire le T.A. se limite à quelques unités signifiantes (chaud-lourd calme-tranquille) standard pour le cycle habituel ; où personnalisées et adaptées en fonction de la pathologie du sujet dans les FOS et FIS.

Ces formulations rapprochent le T.A. de l'HYPNOSE où sont employées des formules semblables mais sous la forme directe de l'hétérosuggestion = "soyez", ou "vous êtes calme ; votre corps est chaud".

Pour expliquer le caractère définitif des modifications somatiques où psychiques obtenues, LEVI-STRAUSS élargit la notion d'efficacité symbolique à une réorganisation structurale. Le malade est amené "à vivre intensément un mythe, reçu ou produit et dont la structure serait à l'étage du psychisme inconscient, analogue à celle dont on voudrait déterminer la formation à l'étage du corps".

L'efficacité symbolique serait cette "propriété inductrice qui rend, selon LEVI-STRAUSS, rigoureusement semblables, cure chamanique et psychanalytique.

Ainsi il y aurait trois niveaux : processus somatiques, psychisme inconscient, et pensée réfléchie, comme trois structures homologues ; toute la conception de l'efficacité symbolique se résume dans ceci : toute modification de la structure d'un étage devrait induire une transformation analogue de la structure interne d'un autre étage.

Analogie / Homologie, mots-clés de la pensée magique.

Pour expliquer ce travail de structuration homologue LEVI-STRAUSS est conduit à introduire la notion opératoire d'un inconscient vide, ("comme l'estomac étranger aux aliments qui le traversent") réduit à la fonction symbolique ; "organes" imposant ses lois structurales aux éléments inarticulés qui viennent d'autre part : émotions, pulsions, représentations, souvenirs.

Le subconscient est pour LEVI-STRAUSS le stock lexical individuel et ce vocabulaire là n'acquiert de signification, qu'organisé selon les lois de l'inconscient. Alors il devient un discours.

Cette opération de travail de l'inconscient porte sur les trois niveaux de façon analogue ; c'est lui qui organise la pensée consciente, le psychisme inconscient, et les processus somatiques.

Selon KAMMERER et DURAND de BOUSINGEN aussi, "le discours du T.A. est un remodelage du sujet, permettant de s'intégrer à un mythe collectif, dont le sorcier ou médecin est un représentant institutionnalisé."

II - ASPECTS TOPIQUES

Quelle aide la théorie freudienne peut-elle nous apporter dans la compréhension des phénomènes de langage utilisés dans le T.A. ?

Examiné sous le seul angle de la première topique, l'état autogène se caractérise par une dilution partielle des censures entre ICS et PCS/ CS,
par un mouvement régrédient, qui conduit l'attention du mot jusqu'à la sensation désignée, c'est-à-dire au pôle perceptif de la première topique.
et par un fonctionnement du psychisme du sujet selon les lois du processus primaire, caractéristique du système ICS.

Le caractère régrédient de notre démarche qui va des (représentants de) mots aux (représentants de) choses, du mot lourd à la perception de la pesanteur, paraît atteindre les représentations de choses demeurées inconscientes, parce que non liées aux représentants de mots correspondants. (fonctionnement selon le processus primaire).

En conséquence il peut paraître superflu de nommer toutes les parties du corps en particulier, puisque le Processus primaire qui régit la circulation d'énergie sur les représentants de choses inconscientes s'en chargera.

Mais s'il faut être neutre, c'est que la dilution n'est que partielle.

Proposer un seul mot neutre "coeur" doit permettre de faire fonctionner toute une série de chaînes associatives liées entre elles, selon le processus de condensation et déplacement propres à l'ICS, qui doit "irriguer" en quelque sorte, innerver, réactiver, toutes les traces mnésiques qui ont un quelconque rapport associatif avec la représentation consciente du mot "coeur", elle-même liée à la représentation inconsciente de la chose "coeur". Et de rapport associatif, nous en proposons un, "coeur calme" comme véritable unité indivise.

Et nous pouvons nous attendre à ce que le malade n'en parle pas : car pour en parler, il faudrait sortir de cet état de conscience particulier : autogène, où une ébauche de libre circulation s'est installée entre ICS et PCS, et donc retrouver la censure entre PCS et CS de suite.

Ceci rend compte de plusieurs phénomènes

a) l'apparition en cours, et notamment en début d'entraînement, de vieilles douleurs dont on ne gardait aucun souvenir conscient :

- . bras cassé à 7 ans dont le souvenir réapparaît par concentration sur le bras
- . asthme infantile...
- qui ne doivent pas être nécessairement interprétés comme signe d'une "résistance".

b) leur disparition progressive, parce que d'autres voies d'écoulement libidinal ont été réouvertes par le jeu ICS (dans l'état autogène) de circulation énergétique, d'une représentation sur une autre.

Le mot bras est proposé à investir dans l'exercice de concentration, lié à la représentation de chose "bras" dans l'ICS ; cela mène à toute une chaîne indélébile de représentations, dont le bras cassé à 7 ans.

c) l'existence d'une sorte de mémoire corporelle dont l'accès est immédiat en état autogène et qui semble correspondre à la totalité des représentations des parties du corps constitutive de sa propre image du corps, chargée des investissements successifs de notre histoire, des expériences toniques tactiles etc... et notamment douloureuses, vivantes dans l'ICS parce que susceptibles d'y être réactivées (effet de la régression) au même titre que

toutes les traces mnésiques.

Mais ces investissements premiers de notre histoire individuelle sont variables en quantité et ne correspondent guère à la réalité anatomique ou physiologique : nous observons dans le T.A.

d) Des accès de dépersonnalisation = modification du corps : demi-corps, bras enflé, trop gros, tête séparée du tronc dissymétrie, ceci nous paraît rendre compte du caractère quantitatif de l'énergie restée liée à ces représentations ou retournées à elles.

L'impossibilité, au moins théorique où se trouve le schizophrène de faire un training autogène puisque la clé de départ, l'induction à la plongée intériorisante n'est pas autre chose qu'un mot. Il n'y a pas plus verbal que le T.A. et le schizophrène ne peut lier représentation de mots - représentation de choses, ne peut donc accéder à la représentation de choses, au rôle perceptif de la première topique freudienne, à partir du seul mot : ceci si l'on admet que le moi schizophrénique est totalement aliéné à ce processus. En fait une partie du moi est active et "non psychotique". Le risque de dissociation correspond à un défaut d'accrochage représentation mot - représentation chose, c'est-à-dire à la perte de l'illusion.

e) Quant au caractère définitif de la maîtrise des affects conscients, il ne peut se comprendre qu'en admettant que, si le T.A. s'avère possible, c'est qu'en définitive une certaine circulation assouplie s'est instaurée entre représentation inconsciente et préconsciente ouvrant des voies inusitées, bloquées jusque là par l'effet du refoulement. Théoriquement il n'y a aucune raison pour s'attendre à la réapparition du symptôme cible. La clinique de SCHULTZ le confirme.

f) Quant à l'efficacité des FOS et FI dans l'état autogène "verbalisations autogènes" nous ne ferons qu'amener une prudente hypothèse.

A la lumière de ce que nous venons de décrire de cet accès à l'ICS il nous faut rappeler que ces FI ne peuvent être actives que dans un certain état de "moindre" conscience, de dissolution partielle de la conscience critique, donc dans l'état autogène là et où peut s'établir cette voie d'abord vers l'ICS, c'est-à-dire lors du fonctionnement selon les lois du Processus primaire.

Exemple :

A l'ereutrophobe adolescent ou à celui qui doit paraître en public et a le "trac", SCHULTZ propose la formule suivante sur laquelle se concentrer, une fois atteinte la déconnexion organismique :

- public indifférent
- ou bien, plus fine, "je vois l'autre"

C'est d'abord comprendre le sens (s'il est unique) du symptôme : peur qu'on le voit rougir - qu'on le regarde ; que la pression inconsciente pulsionnelle soit un désir exhibitionniste importe peu ; on aborde le symptôme par la défense associée.

Proposer alors à l'inconscient "je vois l'autre", en lieu et place de "il me regarde ça me gêne" c'est proposer un modèle de contre-investissement très tolérable par le Surmoi, la conscience vigile et représentant une partie de la satisfaction du désir inconscient ignoré au malade : voir l'autre/être vu, sous la forme de dénégation.

On propose aussi à l'investissement inconscient ce désir décodé par le psychothérapeute et réinjecté sous une forme tolérable par la conscience morale vigile, par le surmoi du patient mais d'autant plus efficace et adaptée qu'elle permet une certaine satisfaction pulsionnelle, même limitée.

L'immense matériel clinique rapporté par SCHULTZ et DURAND de BOUSINGEN, son traducteur, semble prouver une chose : cliniquement cela est efficace et si l'on en sourit quelques fois c'est peut-être parce que notre esprit cartésien ne supporte guère de ne pas pouvoir articuler cette pratique efficace sur une théorie cohérente fut-elle de l'autosuggestion - et avant tout le langage de l'ICS n'est guère rationnel.

Voir obs. "Christophe" et son explication dans le chapitre consacré aux FOS et F.I.

Personnellement nous avons peu d'autres observations faisant usage de verbalisations autogènes, et pour elles, un recul insuffisant pour en juger. De l'élaboration que nous suggérons nous devons tenter d'en déduire ceci, (que nous savions déjà par la pratique).

Les meilleures indications sont :

- d'une part les personnes réputées normales, c'est-à-dire celles où le degré de normalité est maximum pour autant qu'on puisse l'établir non

par l'absence de symptôme mais sur le jeu assez souple et adapté de l'écoulement libidinal et de la réalisation pulsionnelle.

- d'autre part la médecine psychosomatique "qui ne parle pas" où tout est acte, réalisation infraverbale dans le corps des décharges émotionnelles et ceci n'est plus à démontrer. Dans l'exacte mesure où les choses se passeraient comme nous le décrivons, cela pourrait bien expliquer que l'intérêt et la réussite privilégiés du T.A. ici sont liés à ce que nous n'attendons pas ici la verbalisation mais nous nous contentons de faire fonctionner les Processus Primaires de l'ICS espérant par là fractionner la surcharge énergétique initialement portée par une seule représentation de choses ou un petit groupe dans le système ICS, sur plusieurs représentations (reliées entre elles) ; ce fractionnement devant dans le meilleur des cas s'accompagner d'un abaissement, d'une réduction des charges énergétiques, tels que plusieurs représentations maintenant investies d'une quantité d'énergie moindre, mais tolérable en regard de la censure ICS/PCS, pourrait peut-être franchir cette barrière et alors se trouver dans le système PCS - mais seulement susceptibles de devenir conscientes, donc parlées.

Nous portons ici et provisoirement l'accent sur cette hypothèse topique. Reconnaissons lui une certaine cohérence.

Et de suite ôtons lui toute prétention réductrice à tout expliquer par le jeu du Processus primaire.

Pareille référence au processus primaire caractéristique du système ICS, conserve un aspect un peu magique si il est conçu isolé. or tout cela est inconcevable sans égard pour les processus d'identification qui évoluent ici, indépendamment.

Une partie de l'efficacité du T.A. est peut-être imputable à ce jeu du processus primaire dont nous voulons espérer qu'il s'accomplisse, mais n'est rendue possible que par la manipulation de la relation médecin-malade qui fait évoluer les identifications primaires, dont les temps essentiels sont :

- la projection de l'Idéal du Moi sur le thérapeute, dont s'avère incapable le schizophrène étant par nature incapable d'investir un objet séparé.

- incorporation d'un bon objet dans une zone d'illusion où le schizo-

phrène s'angoisse de prendre pour réelles déformations corporelles, les variations de sa cénesthésie. Le schizophrène est celui qui croit à la dépersonnalisation et doit s'en défendre en arrêtant le T.A. Jamais le névrotique ou l'homme normal ne s'en inquiète autant, parce qu'il sait que ce n'est qu'illusion.

- le dégagement progressif des identifications primaires au profit des identifications secondaires de structure oedipienne, condition d'une symbolisation, et du déploiement éventuel d'une névrose de transfert tout à fait classique, rendant accessible le patient à une psychothérapie verbale voire une analyse.

- Mais cette "spéculation" topique n'a rien de spécifique. Elle est une disposition fonctionnelle tout à fait générale à toutes les psychothérapies.

Elle ne prend son originalité ici, que pour la place préférentielle qu'y occupe le corps et les mots qui le racontent.

CYCLE SUPERIEUR

SCHULTZ l'appelait grande psychothérapie, par opposition au cycle inférieur ou petite psychothérapie.

Il souhaitait vivement le voir réservé aux seuls psychothérapeutes expérimentés, très familiers des données psychanalytiques.

Il s'agit d'une psychothérapie progressive et contrôlée, d'expérience fantasmatique tout à fait spécifique par sa forme. Elle s'organise selon les trois axes du travail analytique : remémoration, répétition et ordonnement symbolique spécifique, bien différent de ce qu'il est dans le cycle inférieur.

Elle vise à une mobilisation des positions existentielles du sujet, sous la forme particulière des visualisations, dans une structure relationnelle de transfert comparable à celle de l'analyse.

Historiquement, SCHULTZ a un peu, et volontairement limité la technique à son effet cathartique, privilégiant ici une recherche de productions fantasmatiques en soi bénéfiques, devant ouvrir sur de meilleures possibilités de réalisation du sujet, d'harmonisation globale.

A sa suite, ROSA K. WALLNOFER H., et en France, DURAND de BOUSINGEN portent peut-être un peu plus l'accent sur l'aspect dynamique relationnel de la cure.

DESCRIPTION DE LA METHODE :

Une condition de départ, pour le sujet, est la maîtrise totale du cycle inférieur. Un an de travail est pour SCHULTZ un délai pratiquement nécessaire. Il faut en effet que la déconnection organismique puisse être atteinte très rapidement, voire instantanément, et puisse durer au moins 30 à 40 minutes pour DURAND de BOUSINGEN, 1 H. pour SCHULTZ

étape préalable : la convergence des yeux.

Expérience tirée de la pratique de l'hypnose, la convergence des globes oculaires est ici utilisée pour approfondir l'état autogène de déconnection organismique. Le sujet étant en état autogène, masse calme, pesante et chaude, respirée, la tête agréablement fraîche, il porte son regard vers le haut et le dedans, en un point situé entre les deux yeux et au-dessus, juste un peu en arrière du front ; ce mouvement a alors le pouvoir de provoquer une certaine "plongée", accentuation immédiate de l'état autogène, souvent

marquée par une recrudescence des sensations de rotation, bascule (ici en arrière) déjà notées lors des débuts du training.

Cette intensification favorise l'activité imageante que l'on va chercher à solliciter.

1ère expérience : la couleur

L'état autogène obtenu, accentué par la convergence des yeux, on demande au sujet de se concentrer sur la formule "Devant mon regard intérieur, apparaît une couleur".

Le sujet n'a d'autre activité ici qu'à laisser venir cette couleur passivement. Il en note pour lui-même les caractéristiques de formes, de mouvements, de tonalité, de rythme, durée, apparition, persistance...

Il en fera ensuite un rapport verbal au thérapeute.

La reprise, soigneuse et appliquée est faite après 30 à 40 minutes d'exercice, soit spontanément, soit à l'invitation du thérapeute, qui n'est d'ailleurs pas intervenu de tout le temps qu'a duré l'exercice.

Comme dans l'entraînement au cycle standard, le sujet aura à refaire l'exercice chez lui, une fois par jour, environ le même temps.

Cette première expérience n'exige rien d'autre qu'un apprentissage de la passivité ; le sujet doit y apprendre à laisser venir ce qui se présente : il n'y a pas de bonnes "visions" sinon de mauvaises : celles que le sujet attend consciemment et s'efforce de retrouver, qui alors ne le surprennent pas.

2ème expérience : la couleur propre

L'exercice reprend ici le même cours que le précédent et ajoute un temps de concentration sur la formule suivante : "devant mon regard intérieur apparaît la couleur propre".

Cette couleur s'avérera changeante, ou bien mobile selon la personnalité du sujet, fixe ou bien très animée, variable d'un jour à l'autre.

Il ne nous est pas ici d'une grande utilité d'en donner des exemples, puisque tout est possible, et chaque visualisation est admissible et respectée.

On peut ici augmenter les variations de ces expériences de couleur en proposant au sujet de voir des couleurs déterminées par le thérapeute, explorant ici, autant la résonnance personnelle à ces couleurs que les résistances et dépendances du sujet par rapport au thérapeute.

Pour ces expériences colorées, 2 à 3 semaines d'entraînement sont généralement suffisantes. Un délai plus long est par contre nécessaire pour la...

3ème expérience : objets concrets

Le sujet débute l'exercice en état autogène par l'expérience des couleurs. On y ajoute un maillon supplémentaire : "devant mon regard intérieur, apparaît un citron" par exemple ; on peut ici demander au sujet de faire apparaître un objet concret "banal" de son choix.

4ème expérience : objets abstraits

On pourrait aussi chercher un triangle ou bien un carré, ou encore un cercle ; objets certes, mais porteurs d'un symbolisme qui les constitue capables de "dire", sous la forme spécifique des images, des identifications :

exemple : dans notre observation "Christophe", nous avons, au cours de cet exercice vu apparaître un dé d'abord fixe puis mobile sur un fond de couleur brique ; comparé par le sujet aux murs du cabinet de consultation ; ce rapport établi par lui-même nous fait alors penser à un mode d'identification au thérapeute : "je suis le gros dé blanc, au milieu des murs briques", mode d'identification secondaire, exprimé là de façon tout à fait originale.

Mer et montagne

Objets concrets bien sûr, mais qui dans le contexte général ici, prennent vite une connotation symbolique, par ailleurs assez évidente.

"Devant mon regard intérieur, je vois une image : une montagne", telle est la formule proposée, assortie de l'invitation à la gravir si le sujet le souhaite.

"Devant mon regard intérieur, apparaît une image : je vois la mer". Liberté est donnée ici de se laisser aller dans la profondeur.

Ces expériences décrites constituent le premier niveau du cycle supérieur. Elles appellent un certain nombre de remarques :

- Tout l'effort du patient doit être de laisser venir les images.
- Il ne s'agit pas de les influencer et cette éventualité sera dépistée par le thérapeute, qui ne l'interprète pourtant pas pour ce qu'elle est : une modalité de résistance au désir du thérapeute.

- Il ne faut pas non plus chercher à en penser quelque chose : tout au plus saisir l'image et, puisque l'état autogène le permet, la connotation émotionnelle qui l'accompagne éventuellement.
- Il s'agit seulement d'inventer un mode de rencontre tout à fait particulier entre la conscience du sujet et ce qui émerge de son inconscient.
- Observer. Noter. Emmagasiner, sans jamais pour le thérapeute interpréter, du moins dans un premier temps.
- Le travail est dirigé : on se propose d'apprendre au patient à questionner ses propres images dans le champ de l'expérience visuelle. Devant une image surprenante, la question "qu'est-ce que tu fais là ?" apporte une réponse visualisée : changement immédiat d'image, la nouvelle étant une réponse à la question posée.

Second niveau :

L'individualisation de celui-ci n'est que théorique, elle correspond surtout à une démarche didactique, où on doit laisser aux sujets en formation, un temps suffisant de travail personnel sur le cycle supérieur, avant d'aborder un niveau de complexité plus grand.

Expérience des objets abstraits :

On demande au sujet de voir une abstraction : la joie, la justice...

Il va ici voir ce que représente pour lui, profondément ces notions.

Dans l'exercice, il s'agit d'une visualisation, d'une question à l'inconscient ; la réponse est en images, et permet dans le même temps, de reconnaître l'attitude du sujet par rapport à elles.

Expérience du sentiment propre :

Le patient est invité à voir son sentiment propre.

C'est ici qu'il se découvre des sentiments insoupçonnés jusqu'alors.

Cette recherche mobilise facilement les difficultés névrotiques, permet leur repérage facile, et permet au sujet de s'interroger lui-même, sous la forme particulière des images, dans l'exercice, et sous la forme plus familière de la verbalisation à leur propos, hors exercice.

Expérience des personnes :

"Je vois l'autre"

puis dans un stade ultérieur : "Je vois... (une personne déterminée, choisie par le thérapeute ou par le patient). Il est ici plus facile de voir des personnes qui sont indifférentes au sujet, plutôt que celles auxquelles il est affectivement lié par un sentiment positif.

Puis, "je me vois moi-même".

Il est évident que le travail à ce stade suscite des résistances défensives contre la visualisation, exprimées ici sous forme de distorsion des personnages imaginaires. J.H. SCHULTZ ne se réfère pas pour leur interprétation aux modèles d'interprétations psychanalytiques.

Il est préférable alors de rester dans le champ spécifique des visualisations et interroger plutôt les images dans l'état autogène, plutôt que le sujet conscient, hors exercice.

SCHULTZ propose d'amener le sujet à s'interroger sur ses propres positions existentielles : il recommande à ce stade des formules interrogatives du genre : "Quel sens a le travail ?" - "Comment imaginer la mort ?" - "L'éternité ?" - "L'immortalité ?" - "Le sens de la vie ?" - "Qu'est-ce que je désire ?".

Autant de questions qui ne sont proposées qu'à titre de modèles pour stimuler une créativité personnelle, pour aider le patient à s'inventer lui-même ses questions.

Enfin, une formulation finale peut être proposée, cherchée de concert par médecin et patient, ou par celui-ci seul, véritable devise générale de l'existence de ce sujet, compte tenu de sa dynamique névrotique et de son économie, qu'il connaît maintenant beaucoup mieux.

Selon SCHULTZ le cycle supérieur complet dure à peu près 4 à 5 ans.

En pratique individuelle toujours.

Ou bien selon certains auteurs contemporains (WALLNOFER et ROSA), la première et parfois seconde année, en cure individuelle, puis en petit groupe (5 à 6) fermé d'abord puis ouvert, ce qui aide à résoudre les écueils d'une trop grande dépendance des sujets à leur thérapeute.

Indications

- Avant tout les maladies dites fonctionnelles.
- La médecine psychosomatique : les malades ici n'y parlent pas ; c'est la verbalisation qui fait défaut et non la fantasmatisation (puis- qu'ils mettent le fantôme dans l'organe). Le cycle supérieur conduit ici à ouvrir les voies d'une expression fantasmatique plus rassurante que la verbalisation interprétante, et plus heureuse que l'enfouisse- ment corporel du fantôme.
Ceci d'autant plus que le but avoué de la technique reste de soigner, de réorganiser l'expérience imaginaire pour le compte essentiel du patient.
- Tous les phénomènes paroxystiques qui n'auraient pas trouvé à se guérir par le cycle inférieur, même complété des F.O.S. et/ou F.I.
(exemples : phénomènes phobiques, peu accessibles par d'autres psycho- thérapies dialectiques).
- Conflits actuels, lorsque le sujet ne paraît pas accessible à une psy- chothérapie analytique, quelles qu'en soient les raisons.
- En définitive, il ne s'agit pas de concurrencer d'autres voies d'abord psychothérapeutiques, mais d'utiliser le T.A. là où aucune autre voie ne semble pouvoir accéder.

DURAND de BOUSINGEN insiste sur la particularité de la méthode, son origina- lité, mais aussi sur ce fait que l'expérience du cycle supérieur se déroule dans une structure de transfert tout à fait comparable à celle de l'analyse.

Nous reviendrons ultérieurement sur cette différence de structure entre cycle inférieur et supérieur.

QUELQUES POINTS THEORIQUES ET TECHNIQUES.

Ce cycle supérieur se déroule en deux temps :

- 1) Voir - accumuler des images - les noter - ne pas en juger.
Attention flottante (terme utilisé par SCHULTZ) qui laisse venir les images sollicitées ; tout effort, même involontaire, neutralise le training.
- 2) Traduire - retrouver pour le thérapeute des détails signifiants : surtout des images, mais aussi des associations libres qui viendraient à leur propos, dans l'exercice ou hors exercice, dans le récit qui est fait au médecin.
Développer une attitude de questionnement personnel, des images, comme des idées associées.

L'interprétation :

La seule recherche de sens qui vaut ici est celle du sens attribué par le malade à ses images ; il n'est pas beaucoup fait référence à des significations universelles archétypales.

Rôle médical :

La densité thérapeutique est ici très discrète, le médecin limitant ses interventions actives à diriger le travail d'élaboration auquel se livre le patient ; à l'aide de reformulations, ou de questions du genre : "et cela veut dire quoi pour vous ?" - "cela vous fait penser à quoi ?".

Certes le travail est dirigé mais de façon beaucoup plus discrète que dans le rêve éveillé par exemple. Il n'y a pas ici d'aspect suggestif comme dans le R.E.D.

Ce que l'on cherche à développer est une capacité du sujet à l'auto-interprétation.

Pour SCHULTZ, le VU ici travaillé est très important, parce que ne trouvant place dans aucune autre psychothérapie. Pour lui, la méthode est surtout carthartique, et vise, dans une intentionalité soignante, à augmenter le champ de fantasmatisation personnel et les capacités réflexives du sujet.

En fait, SCHULTZ n'ignorait rien des phénomènes de transfert et contre-transfert actifs dans cette cure ; c'est même pour partie à cause d'eux qu'il souhaitait réserver la méthode aux analystes.

Mais il n'a jamais pris le risque de nous expliquer les rapports des images avec l'inconscient freudien, ni d'articuler ceux-là dans une dialectique relationnelle faisant grand cas des phénomènes de transfert.

On doit à des auteurs modernes de porter plus que SCHULTZ dans ses écrits théoriques, l'accent sur l'aspect relationnel : les images paraissent un mode de discours entre patient et thérapeute tout à fait particulier par sa forme mais organisé selon une structure de transfert, tout à fait comparable à la névrose de transfert analytique.

SECONDE PARTIE

=====

Le second aspect de notre étude sera une tentative de description psychodynamique de la cure de T.A.

Nous avons vu que les théories structurales de LEVI-STRAUSS aboutissent à réduire l'efficacité du discours du T.A. à l'efficacité symbolique, et réduire celle-ci à un inconscient vide, organisateur d'images.

Si séduisante et cohérente que soit cette théorie, il nous faut voir ce qu'il en est de la participation de cet inconscient, et en quoi la théorie freudienne nous aiderait à mieux comprendre ce qui se passe dans une cure de T.A.

C'est-à-dire mesurer le rôle des identifications, leur devenir et leur fonction.

Notre étude se subdivisera ainsi :

I - A PARTIR DE L'HYPNOSE

II - RENOVATION NARCISSIQUE

III - IMPORTANCE DE LA FILIATION NARCISSIQUE

I - A PARTIR DE L'HYPNOSE

Les bases de l'hétéro-suggestion

Régression
formelle

Toutes les conditions qui président à la mise en place du training, à son expérience à l'intérieur de chaque séance, sont, à l'évidence, des conditions favorisant éminemment la régression : désinvestissement du monde extérieur, amortissement des afférences sensorielles, attention portée sur le corps ; régression souvent décrite en termes dynamiques de plongée intériorisante, somatisante retour au corps, et qu'en d'autres termes nous pourrions nommer régression formelle, au sens freudien de retour à des modes d'expressions et de comportements moins structurés et abandonnés au profit d'autres, plus complexes et différenciés.

Temporelle

Ceci suppose une régression temporelle : réactualisation, dans l'espace psychothérapique de la relation interindividuelle, des relations d'objets et des identifications préœdipiennes, préverbales, en tout cas prégénitales.

Ici régression formelle et temporelle nous semblent caractéristiques de cet espace s'appuyant, s'étayant l'une l'autre : les identifications prégénitales n'étant accessibles que par le fonctionnement du processus primaire et de l'identité de perception au lieu de l'identité de pensée qui caractérisait le processus secondaire.

Projection-
incorporation

Les identifications primaires pour se constituer utilisent des mécanismes régressifs de projection - incorporation : projection sur le thérapeute de l'idéal du moi du malade, puis incorporation secondaire des qualités de celui-ci, c'est-à-dire des perceptions de l'objet (thérapeute), qui déclare avoir un corps chaud, lourd, calme.

Cette incorporation, "prototype corporel de toute identification", rend compte de l'efficacité rapide et manifeste sur les symptômes, pratiquement magique, et apparente l'action symptomatique du T.A. à celle de l'hypnose.

Parenté dont nous aurons à étudier les voies, le substrat et le devenir.

Parenté confirmée aussi par l'accent essentiel porté à la prégénitalité dans l'hypnose comme dans le T.A. à son début, et qui place celui-ci dans une "situation transférentielle" pratiquement superposable à celle de l'hypnose.

Parenté reconnue par la quasi totalité des auteurs qui se sont peu ou prou intéressés au T.A. autrement que pour en nier les phénomènes transférentiels et la manipulation psychothérapique de la relation médecin-malade (SCHULTZ, DURAND de BOUSINGEN, FENICHEL, FERENCZI, GUYOTAT.)

A DURAND de BOUSINGEN (inédit) nous empruntons le terme générique de situation transférentielle plutôt que transfert trop univoque quant au sens des échanges.

Déjà loin par son exercice quotidien de la pratique régulière de l'hypnose, FREUD affirmait en 1923, que la psychanalyse "gère l'héritage qu'elle a reçu de l'hypnose".

Formule choc, à "l'emporte pièce", séduisante certes, mais qui nous paraît intéressante en ce qu'elle nous rappelle que la psychanalyse est une des filles de l'hypnose, et n'exclut pas quelque reste de cette filiation historique, que l'introduction à ce travail nous a permis de repérer aussi dans le training autogène.

A défaut de trouver dans la littérature une théorie cohérente de la psychodynamique du T.A. nous devons nous référer à celle beaucoup plus riche de l'hypnose, notamment décrite par FREUD et à sa suite FENICHEL,

CHERTOK, KRESS...

CHARCOT se prononçait délibérément pour un déterminisme physiologique des processus somatiques : notamment à l'égard de l'hystérie, il pensait qu'il pouvait bien s'agir d'une causalité physiologique, avec une quelconque et inconnue lésion neuronale ou neuro physiologique qui aurait rendu compte des symptômes. Selon lui, la suggestion, capable de lever le symptôme n'est active que sur le fond d'état "hypnoïde", particulier très proche de l'hypnose, et celle-ci est un fait pathologique.

A l'inverse, FREUD pensait avec BERNHEIN à Nancy, que la suggestion était "une idée introduite dans le cerveau du sujet hypnotisé, par une influence extérieure, et interprétée par lui, comme si elle avait surgi spontanément" (définition donnée en 1888, première intuition de l'incorporation dont la description ne date que de 1915).

hétéro-suggestion
active par...

Le second maillon de la compréhension de l'hypnose est ici représenté par la découverte du "transfert", comme support de cette influence.

Nous rapportons ici l'anecdote citée par FREUD dans "Ma vie et la psychanalyse" (1925) où il saisit un jour l'existence du "transfert" dans la relation hypnotique : "Je fis un jour une expérience qui me montra sous un jour des plus crus ce que je soupçonnais depuis longtemps. Comme ce jour-là, je venais de délivrer de ses maux une de mes plus dociles patientes, chez qui l'hypnose avait fait des tours de force les plus réussis, en rapportant ses crises douloureuses à leurs causes passées, ma patiente en se réveillant me jeta les bras autour du cou. L'entrée inattendue d'une personne de service nous évita une pénible explication, mais nous renoncâmes de ce jour et d'un commun accord à la continuation du traitement hypnotique".

Se refusant d'expliquer l'incident par son "irrésistibilité personnelle", FREUD est amené à admettre l'existence d'un tiers entre la patiente et lui-même, tiers qui prendra bientôt le nom de transfert.

C'est donc ici la première reconnaissance du transfert, (alors que FREUD nous dit en avoir déjà soupçonné l'existence beaucoup plus tôt) qui éclaire maintenant un peu plus le mécanisme de l'hypnose : dès lors la suggestion devient "une influence exercée sur un sujet au moyen des

... les phénomènes de transfert

phénomènes de transfert que ce sujet est capable de produire".

L'intuition géniale de FREUD est d'avoir rapporté cette explication, non à son charme personnel mais à l'actualisation d'une relation à un tiers - quelque chose s'adresse là à quelqu'un, qui n'est pas FREUD, et qui n'est pas même présent dans le réel de la relation, ici, maintenant.

Et FREUD de voir dans ce transfert "le véhicule" de la suggestion.

Bien peu de médecins hypnotiseurs de l'époque auraient eu à se plaindre de l'efficacité thérapeutique de l'hypnose convenablement manipulée ; FREUD lui-même n'aurait eu qu'à se louer de délivrer de leurs maux ses patientes, de faire "des tours de forces" pour autant de bénéfices narcissiques pour lui-même ; et même FREUD aurait-il pu se réjouir de comprendre un peu mieux l'hypnose, si celle-ci n'avait comporté deux ordres d'écueils :

- d'une part les patientes restaient dociles et attachées à leurs thérapeutes ; leur guérison quoique spectaculaire dépendait étroitement du lien de soumission masochiste au médecin.

- d'autre part l'expérience était perturbée et la relation rompue sitôt qu'apparaissait un tiers.

Pour sortir de cette impasse où le transfert est indispensable à l'efficacité de la suggestion mais en limite les effets, FREUD sera conduit à élaborer tout l'appareil conceptuel et technique que nous connaissons, apte à analyser le transfert.

SCHULTZ, lui, inventera le T.A.

En attendant, FREUD définit les "grands commandements" de l'hypnose, qui selon lui, en 1891, doivent être observés par le médecin hypnotiseur.

Ce sont : - autorité infaillible
- fermeté
- assurance certaine
- associées à une volonté d'être utile, que nous pointons là,

comme la claire reconnaissance d'une intentionnalité soignante et repératrice, cherchant l'efficacité.

- le tabou de la contestation et de la critique : l'état hypnoïde ne serait accessible qu'au prix de ce renoncement à la critique.

- la fixité de l'attention et du regard du patient, centrée sur les yeux ou les doigts de l'hypnotiseur, ou même un objet concret de l'environnement.

- le tabou de la motilité et de la vue : il est interdit à priori au malade de bouger, de chercher à regarder le thérapeute.

- enfin, ce point particulier : le toucher appuie le verbe de la suggestion et augmente son efficacité thérapeutique.

Lorsque FREUD eut abandonné l'hypnose thérapeutique, il continua à l'utiliser sous forme d'hypno catharsis, c'est-à-dire cherchant une remémoration des souvenirs ; il est intéressant à noter (cf. JONES) qu'alors, FREUD utilise encore le geste et l'insistance verbale pour lever les résistances : l'appui de la main sur le front fait ici office d'injonction suggestive à parler. Les "associations libres" de 1892 ne font ici qu'obéir à une injonction à parler.

Dans cet énoncé, nous y décelons un mot clé : la toute puissance du médecin. Tout, dans le réel de la relation concrète doit renforcer cette impression de force, de puissance arbitraire sans limite. FREUD ira jusqu'à interdire toute hypnose spontanée.

Il arrivait en effet que les malades présentent hors des séances médicales, des rushs spontanés de chaleur, véritable bouffée hypnoïde, correspondant à une entrée en auto-hypnose. Tout préoccupé qu'il était de chercher à renforcer cette idée de puissance du médecin, FREUD interdisait de se laisser aller à ces rushs hypnoïdes, ne soupçonnant d'ailleurs pas le parti que l'on pouvait tirer de ces manifestations.

Mais c'était en 1891.

Dès la découverte du transfert et de sa fonction dans l'hypnose, il devint clair à FREUD qu'il n'était désormais plus besoin de prendre

activement part à cette mise en acte de la puissance et que le "transfert" s'en occuperait.

Transfert
hypnotique

La dépendance, l'obéissance docile des patients, la soumission masochiste prennent ici valeur de soumission infantile, se référant à l'histoire personnelle du sujet, réalisée ici dans le transfert sans beaucoup d'égard pour la réalité de la force et de la volonté de l'hypnotiseur.

Ce n'est pas l'amour qui est aveugle, c'est le transfert (qui aveugle l'amour). L'amour est ce qui reste quand on enlève le transfert. Ceci fonde alors le rapprochement entre l'hypnose et la passion amoureuse.

projection de
l'idéal du moi

Dans l'hypnose comme dans l'état amoureux, ce qui est transféré du patient au thérapeute ce sont les fonctions de l'idéal du moi, vu comme intériorisation des identifications parentales.

Cette parenté (transférentielle) de l'hypnose et de l'état amoureux est contredite par une différence essentielle : la relation hypnotique, elle, est exempte de tendances sexuelles directes. Pour expliquer ce phénomène paradoxal (d'autant plus paradoxal que c'est à propos de l'hypnose que FREUD découvre le transfert, quitte l'hypnose et "réinvente" la sexualité notamment infantile) il faut faire appel ici aux données de la psychologie collective.

Les descriptions de groupes sociaux, leur étude à travers l'appareil conceptuel analytique ont montré à l'évidence un nouveau lien : les groupes sociaux se constituent sur une cohésion interne dont le moteur essentiel est la répression des tendances sexuelles directes, leur sublimation, c'est-à-dire leur déviation vers d'autres buts. La même desexualisation, la même déviation s'observe dans la relation (d'amour) hypnotique ;

Quant aux groupes, cette répression paraît s'originer dans "la crainte jadis éprouvée par les membres de la horde primitive, vis à vis du père tout puissant" (CHERTOK).

L'hypnose est "une foule à deux" (FREUD), dans l'exacte mesure où le pouvoir de l'hypnotiseur s'appuie essentiellement sur la répression des instincts sexuels directs, comme dans un groupe social.

Ici, nous comprenons mieux les règles techniques énoncées pour l'hypnose par FREUD : tabou du voir et du toucher et surtout de la motilité, tabou de la contestation, qui ne sont pas sans rappeler l'interdit de l'inceste et du meurtre du père, des premiers temps préhistoriques.

Mais aussi du père de l'enfance.

Alors la dépendance du patient à l'égard de l'hypnotiseur s'explique-t-elle pour FREUD par "la reviviscence d'un état antérieur, connu parce que éprouvé à la préhistoire et inclus dans l'héritage phylogénétique".

La suggestion
hetero hypnotique
réveille l'héritage
archaïque.

La spécificité de l'hypnose résiderait donc en cela que "l'hypnotiseur éveille chez le sujet une partie de son héritage archaïque, déjà manifesté dans l'attitude à l'égard des parents et surtout dans l'idée qu'on se faisait du père : celle d'une personnalité toute puissante et dangereuse, à l'égard de laquelle on ne pouvait se comporter que de manière passive et masochiste et devant laquelle on devait renoncer complètement à sa volonté propre" (FREUD).

Et renoncer à la réalisation des instincts sexuels directs.

Une première précision s'impose ici quant à l'usage fréquent que nous ferons du terme de "transfert".

Les développements ultérieurs (à ceux que nous utilisons ici) de la notion de transfert dans l'oeuvre de FREUD, font clairement apparaître sa fonction de défense : schématiquement, il est actualisé dans la relation interindividuelle, lorsque il s'agit d'empêcher la remémoration.

Lorsque nous disons que "la soumission masochiste du sujet hypnotisé prend valeur de soumission infantile, se référant à l'histoire personnelle, "réalisée dans le transfert", nous entendons ceci : cette soumission est possible parce que elle l'a été dans l'enfance. La mise en hypnose ouvre ainsi deux voies :

- soit : le malade va se remémorer son histoire personnelle et le moment de cette soumission passive.
- soit : il va s'y soumettre, s'y abandonner pour là, éviter de s'en reconstruire un souvenir conscient, et nous sommes alors exactement dans la situation qu'en première approximation nous nommions transfert.

C'est bien d'ailleurs ce qui nous fait dire quelques fois que training et hypnose utilisent le transfert ; l'analyse, par opposition, cherche à l'éviter pour reconstruire l'histoire du sujet ; mais si la remémoration s'arrête, alors l'analyse du transfert commence. Le transfert y apparaît comme un raté de la reconstruction historique, plutôt une défense contre elle, actualisée dans et par la névrose de transfert.

Le transfert est bien alors le support de la suggestion il permet de revivre la situation de dépendance, qui seule rend possible au début, l'action suggestive.

Retenons donc que la régression temporelle permet de revivre une situation affective antérieurement éprouvée, dominée ici par la projection de l'Idéal du Moi du sujet sur le thérapeute, et par l'incorporation.

Projection-incorporation, qui rend patente l'identité de perception, c'est-à-dire patent le fonctionnement du psychisme du malade selon, le Processus Primaire.

Ceci nous a conduit déjà à nous intéresser à l'aspect topique.

II - RENOVATION NARCISSIQUE

DEVENIR DE LA SUGGESTION LES VOIES DE L'AUTONOMISATION

En essayant de décrire la situation transférentielle propre au T.A., nous avons de fait enraciné celui-ci dans l'hypnose, et tous deux dans une filiation commune :

filiation pré-historique, cristal complexe et composite où participe une formation collective pré historique, s'actualise une corporéité individuelle, et se préfigure l'avenir.

Si on peut ainsi différencier ce qui appartient au territoire psychique de l'hypnose et à celui du T.A., c'est bien preuve et conséquence qu'il existe une évolution de la situation qui mène de l'une à l'autre.

Ce que nous nous proposons maintenant est d'en définir les voies, la syntaxe et la ponctuation.

Du moins, d'en pointer quelques articulations avec la théorie freudienne.

Sans pouvoir réduire l'autogénéisation à ces seules notions, nous limiterons notre étude dynamique aux seuls aspects de l'évolution du transfert, des identifications et de la régression.

LA RENOVATION NARCISSIQUE EST LE BENEFICE LE PLUS GENERAL ET
CONSTANT DU T.A.

Véritable prototype corporel du gain.

Le travail analytique s'organise selon ces deux axes : synchronie et diachronie ; répétition et remémoration d'une part ; et symbolisation, d'autre part et ensuite : ce qui est repéré comme actualisation dans et par la névrose de transfert, est rapporté ici à l'histoire relationnelle du sujet.

La névrose de transfert analytique nous fait connaître la névrose historique.

Dans le T.A. la situation transférentielle est différente, essentiellement par la prévalence du corps : il y a bien ici aussi répétition, remémoration mais on ne s'en réfère guère à l'histoire relationnelle interhumaine, mais à la relation du sujet à son propre corps : non pas tant un corps isolé, autonome, propre et muet qu'une rencontre de la parole et du corps.

DURAND de BOUSINGEN parle ici de "mordançage", particularité essentielle de la situation transférentielle qui individualise le T.A. par rapport au travail analytique, et à un degré de moindre évidence, par rapport aux autres relaxations.

Névrose de transfert

DURAND de BOUSINGEN nomme volontiers "névrose de transfert" cette situation transférentielle qui nous révèle l'histoire de cette rencontre "originale" du corps et de la parole.

Tout le travail proprement psychothérapique consiste ici à repérer à travers l'expérience du Training, les mouvements transférentiels, et les identifications actives ici, pour les faire évoluer.

"Névrose" d'avant la névrose ? le mot de Névrose renvoie à priori à des positions oedipiennes. Ceci paraît contradictoire puisque l'essentiel ici est l'histoire préalable à la névrose oedipienne. En T.A., la "névrose de transfert" stricto sensu serait donc un but, un terme que chercherait à atteindre l'évolution la meilleure, mais non l'instrument de travail spécifique.

Le vocabulaire manque ici d'un mot plus précis et adapté que "névrose", qui tiendrait compte de l'accent essentiel porté à la relation au corps, et à la prégénitalité, et nous rappellerait assez l'analogie fonctionnelle avec l'analyse : le T.A. aussi, opère par le déploiement d'une structure de transfert.

"Somatose" de transfert nous paraîtrait plus adapté.

Ne parlons-nous pas de "névrose d'organe" ?

Mais nous garderons cependant "névrose de transfert" pour rappeler aussi les prétentions psychothérapiques de la méthode de SCHULTZ.

Pendant les séances, patient et thérapeute font ensemble l'exercice.

Les mots sont tenus par le thérapeute ;

le sujet, faisant ici usage des mots proposés et donnés par le thérapeute, peut faire siennes ces paroles. Paroles qui désignent les qualités "élémentaires" des parties du corps ainsi nommées.

La projection de l'Idéal du Moi du sujet sur le thérapeute confère au Moi du sujet le pouvoir de s'incorporer sans critique et sans médiation les qualités de l'objet : celle de ses qualités qui ici nous intéressent sont celles partielles des qualificatifs "neutres" de calme lourd, chaud...

Dès lors, le sujet percevra (car ce n'est encore que perception) ici même, cette pesanteur, cette chaleur, ce calme. Ici naît la sensation "identique" à celle de l'autre, car ce n'est qu'identité de perception.

Incorporation

Identité de
perception

Nous disons alors qu'il s'agit d'identification par incorporation.

Et cette sensation est bien réelle, dont la transcription biologique est mesurable, chiffrable (augmentation de chaleur locale, baisse du tonus musculaire) comme SCHULTZ l'a abondamment illustré.

Ce qui donne un peu plus de vérité encore à cette définition de l'incorporation : "prototype corporel" de l'identification.

L'un des facteurs essentiels de l'apprentissage de la méthode de SCHULTZ est l'entraînement (training) ; à ce point essentiel qu'il lui donne une partie de son nom.

Il n'est possible, dans un premier temps, que par le passage obligé à une relation imaginaire avec le thérapeute. Chez lui, le patient aura à refaire ses exercices une à deux fois par jour, hors de la présence réelle du médecin.

Si en séances il en faisait usage, seul, c'est en faisant mémoire des mots que le thérapeute lui a donnés que le sujet parvient à se construire un lien imaginaire avec son thérapeute. Dans cette perspective, on aura intérêt à prescrire comme une ordonnance (ou à défaut donner un imprimé) à chaque séance, le cours de l'exercice à faire. Ce support réel joue ici comme objet transitionnel en début de training.

Nous tenons les premières séances comme très significatives de l'intensité de la relation hypnotique, les premiers exercices, de celle de la relation imaginaire qui s'en déduit : ainsi, certains sujets sont-ils d'emblée capables de reproduire seuls, des sensations aussi intenses qu'en séances, témoignant par là, dans le corps, de la facilité d'accès à la relation imaginaire et donc de la prégnance des mécanismes incorporatifs, langage de la pulsion orale ; le cours ultérieur en tiendra compte en agissant une interprétation : par exemple en raréfiant cet aspect inductif, suggestif trop "hypnotique", ou en demandant de faire moins d'exercices, ou plus courts, condition de dépassement nécessaire de ce stade.

A l'inverse, d'autres sujets auront des sensations difficiles à obtenir, qui ne viendront que très différées dans le temps et amorties dans le corps, à la juste mesure de la difficulté qu'ils ont à établir le lien

Passage à 1 relation imaginaire

et objet transitionnel

imaginaire ou à le mémoriser. Cette difficulté est appréciée par rapport à celle éventuelle manifestée dans les séances.

Si le sujet a de "bonnes sensations" en séances, et non plus après, cela nous signifie son incapacité à mémoriser, à garder le bon objet qu'il a pourtant pu incorporer.

De façon habituelle, dans les training, les plus "normaux" il y a toujours un décalage moyen de quelques jours entre l'apparition en séances, et hors séances des sensations.

Effets d'entraînement (répétition)

CETTE INCORPORATION N'EST PAS DONNÉE DE DÉPART

Elle ne peut fonctionner que médiatisée par la relation interpersonnelle, c'est-à-dire dans la rencontre avec le thérapeute concret réel ; ce qui exclut tout apprentissage par l'intermédiaire de livres ou cassettes d'enregistrements ; elle nécessite une situation de maintien comme l'enfant indissocié de sa mère qui le nourrit, holding nécessaire à la constitution d'une "aire d'illusion", espace de jeu entre mère et son enfant. Ici, espace psychothérapique, "zone d'illusion", pour FEDIDA.

L'incorporation fait entrer à l'intérieur de soi le bon objet, pour le digérer, le garder, l'incorporer, en le détruisant.

Refaire l'exercice seul chez soi, suppose le pouvoir de recréer un lien imaginaire, véritable objet transitionnel au sens de Winnicott, entre le bon-objet-thérapeute et le patient. Contrairement à d'autres relaxations, un facteur important ici est l'entraînement ; par lui on cherche à favoriser, faciliter ce processus d'incorporation. Aux patients qui ont des sensations pauvres, nous leur disons souvent qu'au

fond, l'essentiel est de faire l'exercice, les sensations sont données en plus.

Manière simpliste et approximative mais manière d'encouragement ; gratifier en précisant notre vœu : solliciter un plus grand usage des phénomènes archaïques, incorporatifs.

Les premières expériences ouvrent sur une certaine jouissance (différente du désir qui imposerait un tiers), une érotisation déssexualisée, comme dans l'hypnose. Elles tracent la voie à une certaine jouissance en présence de l'autre, permise et même attendue. Le senti, le perçu révélés ici, viennent ouvrir une vacance corporelle et inaugurer la voie à une création : le sujet trouvera son rythme, sa façon, sa "couleur", personnels, laissant venir tout fantasme, association d'idées, comparaison, souvenir que le thérapeute Schultzien pourra se réjouir de voir apparaître, mais qu'il respectera le plus possible.

Toute interprétation verbale est ici tentante mais dangereuse parce que suscitant des "défenses", des résistances dirigées contre le thérapeute (contre l'usage qu'il fait des interprétations).

A Fedida, nous empruntons cette mise en garde prudente mais décisive : "jamais interprétation, tint-elle le corps pour contenu, n'a guéri qui que ce soit ; elle fonctionne comme cuirasse défensive..."

Pour peu qu'on les sollicite, mais qu'on les respecte, ces vécus élémentaires propres au patient, fragmentaires, de pesanteur, chaleur, s'enrichissent chacun pour ce qui le concerne, d'une densité toute particulière, ineffable, indiscible, s'enrichissent aussi d'une articulation entre eux, croissant, et se différenciant les uns par les autres, et d'une liaison avec les fantasmes personnels.

Petit à petit, au bénéfice de l'entraînement, s'accroît le stock des sensations de plus en plus fines, de plus en plus personnalisées, liées les unes aux autres, et liées à une activité fantasmatique grandissante. Rénovation cénesthésique, intégration progressive et progrédiente qui inclut l'idée d'une "véritable remise à leur place (et nous ajouterons en leurs liens réciproques) des fonctions des organes" (QUINIDOZ).

Erotisation
personnelle

Rénovation
narcissique
par intégration
progressive

L'obs. de Mme J. est ici très illustrative de cette intégration progressive et remise en place, en ordre :

A la 6ème séance, exercice respiratoire, elle, ancienne tuberculeuse, s'étonne d'avoir des sensations respiratoires spontanées, depuis le début, dont elle ne savait que faire .

L'appareil respiratoire est ici simplement réinscrit dans une séquence, et avec lui tout l'opaque vécu existentiel qu'il draine, sans que la malade ne soit obligée d'en parler.

Cette retenue n'est pas interprétée.

Verbalisation
formulante

C'est sans doute là un des écueils de la méthode que de paraître frustrante : on est souvent tenté d'investiguer davantage et d'exercer notre art du décryptage du sens et des paroles...

Verbalisation
interprétante

Problème nodal du contre-transfert du thérapeute, qui conditionne beaucoup l'issue de la cure.

Au reste certaines méthodes, variantes du T.A., se sont individualisées là, de sous estimer l'efficacité de la méthode "infra verbale" ; elles se trouvent alors conduites à inventer un autre espace psychothérapique : croyant la suggestion inefficace, elles lui font une place de choix, beaucoup plus grande dans l'exercice.

R. DURAND de BOUSINGEN préconise de bien séparer ces deux espaces qui ne sont pas les mêmes : il faut commencer par un SCHULTZ d'abord, puis faire éventuellement suivre d'une élaboration dialectique de la relation, ou alors d'emblée, proposer un SAPIR.

Pour BERGES et AJURIAGUERRA, "tout ce qui se passe dans le patient en deça du verbal, en présence de l'autre, est plus important que ce qui s'y dit".

BREGES va même plus loin que SCHULTZ (qui avait il est vrai en son temps à disculper la suggestion) : il fait à la suggestion une place de choix : selon lui, l'incorporation d'un projet esthétique par le patient est un effet de la suggestion réussie.

Ce qui deviendra actif, c'est la suggestion intégrée qui suppose le passage de l'incorporation à l'introjection comme moyen d'identification. Point - origine de l'autonomisation.

Ce qui fait conclure BERGES par ce raccourci : "c'est la suggestion qui est au départ de la délégation thérapeutique".

L'effet immédiat de la suggestion est donc de mobiliser des structures psychologiques aptes à décrocher le symptôme, et nous sommes proches de l'hypnose. Son effet secondaire est de produire l'aménagement, la réorganisation psycho-physiologique apte à laisser durer cette guérison symptomatique.

Si la guérison est obtenue, encore faut-il qu'elle puisse durer au-delà du lien réel avec le thérapeute, et que ce symptôme (ou un autre) ne réapparaisse pas. Or, l'immense matériel clinique rapporté par SCHULTZ, LUTHE et DURAND de BOUSINGEN, confirme la permanence des résultats cliniques (pour des indications de T.A. bien délimitées).

Qu'en penser ?

Deux éléments de réponse nous paraissent évidents :

- d'une part quel que soit le devenir ultérieur des relations d'objet ici développées, quelle que soit la réussite de l'évolution des identifications primaires, vers des identifications dites secondaires, post oedipiennes, comme il est de règle, on ne peut jamais éliminer totalement un résidu de transfert hypnotique, qui échappe, tel l'ombilic inanalysable du rêve, et, dont la fonction pourrait être d'assurer la permanence de ces premiers effets symptomatiques.

- d'autre part, ces premiers effets symptomatiques sont consolidés par les modifications des identifications, et donc par un meilleur fonctionnement économique global.

Qui est le premier ? l'efficacité symbolique (formulations suggestives) qui prendrait appui (étayage) sur des modifications magiques, déjà existantes, dues à la rémanence du transfert hypnotique ; ou bien est-ce ce transfert résiduel, qui lui, s'appuie sur un meilleur fonctionnement économique et des modifications favorables des structures du langage.

Autrement dit les modifications de structure du langage sont-elles définitives ?

La clinique nous enseigne en effet que seule, la suggestion hypnotique suffit à guérir, mais ne garantit pas toujours le sujet contre une résurgence de symptômes : mais aussi que l'élaboration symbolique est par elle seule incapable de guérison.

Fonction de la suggestion

guérir
maintenir

les modifications
des identifica-
tions peuvent-elles
guérir

Ici, l'hypnose où la guérison est de règle, mais son devenir incertain ; et là, psychanalyse où la guérison est la plus durable mais n'est donnée que "de surcroît"

Il nous paraît difficile de répondre ; mais nous serions tenté de penser que le transfert hypnotique est un préalable nécessaire à toute efficacité symbolique.

Ceci au nom de la complexité génétique des structures du langage. Sans doute d'ailleurs il s'agit là d'un étayage réciproque où l'un et l'autre se sont indispensables. En tout cas, cela nous paraît ouvrir des voies d'élaborations théoriques sur les structures de langage et les structures physiologiques qui pourraient s'avérer fructueuses ; la littérature moderne est sur ce point, pratiquement muette.

Ce n'est qu'au prix de ce durable étayage entre hypnose et analyse de la névrose de transfert que peut se comprendre la disparition "magique" et définitive des hémorragies génitales de Marie CARDINAL dès la première séance de son analyse, Et son entrée en analyse.

Car, ce n'est peut-être qu'au prix de cette guérison spectaculaire que Marie CARDINAL peut entrer en analyse.

Pareil transfert, aussi rapide, massif et merveilleusement efficace, ne laisse guère de doute quant à sa nature hypnotique.

L'analyse est ici l'alibi à la demande hypnotique prégénitale et l'hypnose est le prix que paie l'analyste pour exercer son art : analyser la névrose de transfert.

Pour DURAND de BOUSINGEN, cela fait guère de doute, seul l'abord hypnotique ou hypnoïde est susceptible d'une efficacité contrairement au discours analytique. Et, pour l'infirmier, il nous faudrait prouver que dans les cures-type analytiques qui ont guéri définitivement des symptômes, il n'y a jamais eu de transfert hypnotique, jamais eu de moment de plongée en hypnose. On sait qu'il en existe dans la plupart des analyses mais y a-t-il corrélation étroite entre elles et les "guérisons de surcroît".

Nous rejoignons ici la formulation de BERGES, selon laquelle la prise de pouvoir thérapeutique s'originerait, se construirait à partir de la suggestion, dans la relaxation.

VERS L'AUTOGENEISATION

Comme dans l'évolution génétique réussie, les mécanismes primitifs de projection-incorporation doivent décliner au profit d'identifications plus complexes structurellement fondées sur l'introjection partielle.

Au début, le sujet s'incorpore la qualité de l'objet, selon un schéma d'identité de perception, bientôt il cherchera (ce sera la visée du thérapeute du moins) à imiter l'objet en une qualité sélective, ici la méthode spécifique. Passage nécessaire de l'identité de perception à l'identité de pensée, "zone intrapsychique" de transition entre processus primaire et processus secondaire, entre identification primaire et identification secondaire.

E. JACOBSON souligne (le Soi et le monde objectal) que les processus d'identification partielle ne peuvent s'établir que lorsque les investissements narcissiques et d'objet, ont atteint un certain degré.

La force de l'attachement du sujet aux objets extérieurs qu'il investit dépend étroitement, on le sait, de sa libido narcissique. L'état narcissique primaire d'indifférenciation initiale, moi-non-moi constitue ce réservoir de libido narcissique.

Tout investissement d'objet externe (libido d'objet) représente une expansion du sujet, un appauvrissement de la libido du moi ; une partie de l'investissement d'objet fait retour sur le moi où il est conservé comme narcissisme secondaire.

Ainsi s'éclaire la fonction rassurante et gratifiante, voire protectrice, que ne craint pas d'exercer le thérapeute Schultzien, se sachant par là, restituer à son patient une partie de l'investissement dont il se sait dépositaire et gérant, en quelque sorte.

Cette restitution de libido narcissique sur le moi du sujet, permet :

- 1) de renforcer ce narcissisme, bénéfice général et constant du training
- 2) de faire évoluer les identifications : le sujet pourra ainsi introjecter un objet bon, gratifiant, pour s'en construire un objet interne autoprotecteur, autorassurant, à la condition de ce renfort narcissique.
- 3) D'inaugurer un mouvement rupteur de deuil : le patient perdra ainsi le thérapeute réel, deuil aussi pour ce thérapeute qui désormais doit renoncer à sa seule spécificité, ici, le pouvoir thérapeutique.

Imitation

Identité de
pensée

Renforcement
narcissique

Introjection

Ce n'est que là, le moment de l'autogénéisation, bien sûr, moment fictif qui correspond davantage à un critère descriptif qu'à l'expérience clinique.

Celle-ci nous montre en effet, la progressivité de l'autogénéisation. Le T.A. est généralement proposé limité dans le temps (à un nombre de séances, de semaines) et il est rare qu'à ce terme proche, le patient soit tout à fait "autonome" ; la parfaite autonomie nécessitera encore de faire longtemps des exercices, pour soi-même, avec sa propre technique à soi adaptée, personnalisée ; ce prolongement nécessaire suppose d'avoir bien "compris" la méthode et de s'en faire un outil tout à fait personnalisé. Les exercices doivent marcher toujours et partout.

C'est sans doute là la difficulté pratique la plus grande : Lapalissade bien sûr, mais le training se doit de parvenir autogène ; cette délégation du pouvoir thérapeutique du médecin au patient touche bien un problème de deuil, réel, mais aussi et surtout de perte fantasmatique, de discontinuité, de castration : deuil de la toute puissante magie des premières situations transférentielles, deuil de l'instant magique où l'on guérit l'autre, niant la mort et la souffrance, deuil de l'investissement narcissique dont il est l'objet, restitution de celui-ci. Tout cela médiatisé par la parole, à propos du vécu corporel.

Ce qui atteste l'autogénéisation, c'est l'avènement progressif d'identifications secondaires de type oedipien :

Identification
secondaire

- ou bien le patient y parvient et quitte le médecin, s'étant approprié la méthode en son nom propre ;

- ou bien il reste prisonnier de ses identifications primaires, maintenu dans une relation imaginaire avec son thérapeute, qui ne souffre pas d'être interrompue, mais qui n'est pas l'autonomisation.

DURAND de BOUSINGEN souligne à quelle grande fréquence les fins de training sont à cet égard très parlantes des difficultés à quitter le thérapeute, ou à dépasser les positions (sophrologiques) imaginaires. Dans le même sens vont les réserves que SCHULTZ fait à ce propos : comme si le degré d'autogénéisation était très directement reflet de la "capacité contre transférentielle" du thérapeute, ou capacité de celui-ci à l'analyser. Ces difficultés expliquent la plupart des réactivations symptomatiques de fin de training, de résurgences inattendues, d'anxiété, pas toujours somatisée, des petits incidents qui émaillent le début de l'entraînement ; et surtout l'arrêt de l'entraînement bien tôt après les dernières séances.

facteur de
l'autonomisation,
le contre-trans-
fert du thérapeute

La séance de rappel est indispensable ; elle permet d'apprécier le plus finement possible cette autogénéisation ; et, s'il le faut de rétablir le contact direct. La seule perspective donnée au départ d'une séance ultérieure, aide à métaboliser le deuil, ou bien le retarde...

La fréquence (et la teneur) des dernières séances sont modulées ainsi selon ces paramètres essentiels : difficulté du patient à quitter, exprimée par et dans le corps, mais aussi maintenant dans le discours (processus secondaire), et contre-transfert du médecin.

III - IMPORTANCE DE LA FILIATION NARCISSIQUE

Evolution des identifications

Des nombreux auteurs ont cherché à définir ce que nous appellerons une "topique des états de conscience". Les travaux anciens sur l'hypnose et son abord théorique le prouvent qui opposèrent longtemps Paris à Nancy ; CHARCOT à BERNHEIM.

La plupart des auteurs ont envisagé l'état de conscience particulier auquel accède le patient en T.A., comme un état spécifique, au carrefour de deux axes quelque part entre veille et endormissement à moins qu'une troisième dimension ne figure ici la parenté de cet état avec l'extase mystique contemplation - méditation vide. (DURAND de BOUSINGEN et SCHULTZ). Ces discussions sont quelque peu abandonnées aujourd'hui, du moins se déplacent-elles vers une autre dualité : celle psyché-soma que nous retrouverons à deux niveaux conceptuels :
- efficacité symbolique
- filiation

FREUD en 1923 se prononçait résolument, sans aucune ambiguïté pour l'existence d'un état de conscience particulier, global, spécifique de la situation hypnotique. Or, selon FREUD, c'est la théorie anthropologique développée dans "psychologie collective et analyse du Moi" qui permet d'expliquer cette modification d'un état de conscience vigile, critique, vers l'état de conscience particulier qu'est l'état hypnoïde par l'intervention des facteurs hérités de la phylogénèse, facteurs obscurs - forces obscures car enfin...

- la capacité de transfert n'est pas spécifique, elle est une capacité tout à fait générale sinon universelle, toujours disponible pour infiltrer toute rencontre inter-humaine - toute relation. Les développements ultérieurs devaient montrer qu'il s'agit d'une défense contre la remémoration.

Ce qui, par contre est spécifique d'une situation relationnelle donnée, d'un mode relationnel, c'est la particularité de ce qui est transféré. Nous avons montré que dans la situation hypnotique, (rappelons que nous l'assimilons au moins à titre d'hypothèse à la situation de T.A. au début d'entraînement) le transfert utilise une référence au père primitif - ce qui est transféré est une partie de l'héritage archaïque, qui fait partie biologique de l'héritage de l'espèce. Ce transfert là représente donc d'une part la répétition d'une expérience psychologique antérieure (pour en éviter la remémoration), d'autre part le retour à un stade antérieur du développement humain, héritage d'espèce inscrit quelque part dans la constitution du sujet.

Et c'est "ce quelque part" là qui blesse, qui nous fait énigme...

Enigmatique
héritage
phylogénétique

Enigme car il nous renvoie à cette dualité psyché/soma ; en tant qu'hypothèse opératoire, cela rend compte des particularités de la situation (transférentielle) hypnotique, dépendance, soumission, passivité, désexualisation, mais conserve un caractère opaque à la compréhension, vaguement mystérieux : "mystique" (FREUD) on ignore pratiquement tout encore de l'articulation psyché-soma, de la nature de cet héritage, de son mode de transcription, de son devenir, de sa transmission de génération en génération.

Faut-il voir dans le stade du miroir le "moment clé" de ce passage d'une génération sur l'autre, un rite "d'institution" du sujet sous le regard des parents comme maillon de la chaîne phylogénétique continue.

Bien des auteurs, (GUYOTAT, DAUMER, DURAND DE BOUSINGEN) ont insisté sur l'indéniable aspect de relation d'objet narcissique, "en miroirs", propre à l'hypnose, sinon au T.A. et insisté sur la réciprocité des transferts entre patient et thérapeute.

Il existe effectivement une analogie entre ces deux situations : on sait qu'antérieurement au stade dit du miroir, le vécu de l'enfant est morcelé, partiel. Le stade du miroir réalise un temps d'unification des vécus, et la construction, par sa reconnaissance, de sa propre image, sous le regard d'autrui : autrui aimant et aimé. Pour FREUD, "l'enfant jubile de sa propre image, comme ses parents ont pu le regarder, investi de leurs propres idéaux". L'enfant ici investit en le percevant, son idéal du moi (ou moi idéal plutôt, selon les auteurs modernes).

Avec cette unification des vécus, paraît se réaliser, se sceller "l'injection" (projection) par les parents de leurs propres idéaux moïques et le langage le plus commun le sait bien qui prétend que les parents aiment leurs enfants, tels qu'ils s'aimaient eux-même à leur âge, et qu'à l'inverse, l'enfant aime sa mère telle qu'il s'aime lui-même. "On ne peut aimer que soi-même".

Les parents regardent l'enfant, projettent sur lui leur propre idéal du moi (ou moi idéal) ; l'enfant perçoit et donc investit, devant le miroir, une image faite pour une part de la découverte de son unicité (unification des tendances et plaisirs partiels) et d'autre part de la captation des idéaux parentaux.

Idéal du moi

Ainsi, on peut dire que l'avènement du Moi unifié (indivi et autonome) est corrélative de la captation des idéaux parentaux.

Parce que dès ce moment l'enfant se constitue sujet, et investit des projets et idéaux parentaux, eux-mêmes jadis hérités selon ce schéma de leurs propres parents, ainsi est-il institué là, inscrit dans une généalogie, une filiation, dans un projet, une "destinée" (PATRIS) qui le dépasse.

Filiation
narcissique

Il se trouve alors advenu sujet, mais sujet "d'un rôle à la fois modeste et démesuré, celui de garantir une continuité par la discontinuité qu'il incarne" (PATRIS).

Peut-on dire qu'à l'inverse : pour exister sujet il faut qu'il y ait eu cette alliance de l'unification moiïque avec l'institution collective. Pour FREUD, les choses ne paraissent pas très claires : on sort de la psychologie collective par la "création" d'un mythe personnel, l'Idéal du Moi. Mais le contenu de cet Idéal du Moi, présuppose une reconnaissance implicite de la loi collective...

Nous voyons dans ce stade du miroir le prototype de toute investiture (institution disions-nous) apostolique, au sens le plus large, où le père maître, savant, sorcier, chef de file, vénéré, respecté, institue ses "fils" les chargeant de missions et d'oeuvres ; la première de ces oeuvres étant peut-être de seulement vivre. Cette fonction "apostolique" qui se manifeste là, dans la relation d'objet narcissique en miroir pourrait être considérée comme le signe et le garant d'un moi "autonome" et principal argument de ce moi.

Par exemple, le schizophrène incapable d'investir un objet extérieur, ne peut être considéré comme autonome, sujet.

Enfin, pour continuer le raisonnement jusqu'au bout de l'hypothèse : cet "envoi apostolique" serait nécessaire à l'autonomisation du moi.

Bien sûr, ce moment est mythique, mais il nous intéresse cependant de le rapprocher de la situation médicale du guérir. N'est-ce pas lorsque le médecin injecte son propre projet de soins, et que le malade le capte, le reconnaît et l'investit aussi, que se structure le moment thérapeutique. Tout ceci dans le cadre étroit et spécifique de la relation d'objet narcissique en miroir, temps nécessaire de la guérison.

Ainsi comprise, la suggestion perd une grande part de son aspect magique, si on peut ainsi l'assimiler (pour cette part là) au projet de soins injecté ici ; le second moment décisif serait ultérieurement celui de l'introjection de ce projet, assimilation opérative personnalisée. Alors, la suggestion représenterait le seul pouvoir qui soit à prendre.

Idéal personnel
et mythe collec-
tif sont corré-
latifs

Quant au contenu de cet idéal du moi archaïque, FREUD a assez montré qu'il est le mythe personnel élaboré à partir des lois essentielles au groupe social. Loi énoncée par le père : interdit de l'inceste et du meurtre du père. FREUD a précisé qu'il s'enracinait dans la crainte jadis éprouvée devant la puissance du Père de la Horde Primitive ; et, cette crainte historique est le prototype de l'angoisse de castration.

Et, c'est justement à propos de l'hypnose que FREUD élabore ces notions.

Car, malade et médecin brillent du même déni : celui de la mort, de la castration, de la finitude, de la discontinuité. Et ensemble, participent à un mythe collectif, celui de la réparation plus ou moins magique de cette blessure.

La loi, le tabou de l'inceste et du meurtre du père sont formulés pour maintenir la cohésion du groupe social, et protéger ainsi l'espèce contre l'auto-destruction. Elle inclut donc implicitement un vœu d'immortalité de l'espèce (réparation magique de la mort individuelle). Ainsi, les générations se suivent-elles, et doivent elles se suivre sans discontinuer.

et se sont
indispensables

Finalement, à se constituer Moi unitaire, autonome, l'enfant s'inscrit dans une longue chaîne biologique avec pour oeuvre essentielle de participer à la prolonger (à charge pour lui d'en obtenir des primes de plaisir à titre de dédommagement).

Or, cette participation possible, doit, pour se réaliser passer par la procréation, et donc la reconnaissance implicite de la différence des sexes.

On comprend ainsi un peu mieux les deux temps évolutifs du training :

- D'abord transfert hypnotique d'essence narcissique où opère l'efficacité symptomatique vue ici, comme adhésion au mythe collectif

d'immortalité, et de maintien de l'espèce. Symbiose ou plutôt anaclitisme du mythe personnel et du collectif : les lois de l'espèce permettent au sujet d'exister en échange de ce projet de continuer la dite espèce.

- Puis dégagement progressif et évolution vers un système de désirs oedipiens qui reconnaît la différence des sexes, conséquence de l'autonomisation, et outil de la permanence d'espèce.

Autrement dit :

- un temps existentiel narcissique prévalent de réconciliation du sujet et du groupe social.

- Apparition de désirs comme instruments de réalisation du premier temps.

Ou bien encore :

- Déséexualisation originaire préalable à la génitalisation.

Nous retrouvons ici les deux grands moments génétiques

- un en deça du langage où se jouent des phénomènes perceptifs corporels, sans verbalisation des conflits

- un niveau secondaire de langage, avec perception des conflits et accès à leur symbolisation.

Dichotomie établie par QUINIDOZ, et admise par tous ; au premier niveau "parlent" les relaxations, au second les psychothérapies dites verbales, dialectiques, élaboratives.

DAUMER citant DURAND de BOUSINGEN, dans sa thèse, voit dans le langage du T.A. "une intégration du mythe personnel du sujet au mythe collectif de la pensée consciente, symbolisée par la parole du médecin".

Nous serions tenté de penser que l'intégration se fait en sens opposé : intégration du collectif au personnel, partant ici de cette Lapalissade que jamais fils n'a créé son père, et que d'autre part, la parole à l'origine, c'est bien le père qui la tient... comme le médecin tient, au début les mots du discours du T.A.

Mais lequel fait l'autre : l'oeuf ou la poule ?

Réintégration
narcissique

Dégagement
progressif

DAUMER ponctue, citant THIS, en se relaxant, l'homme retrouve une densité qui lui permet d'actualiser librement le sens qu'il veut donner à sa vie".

En T.A. l'auto-
nomisation
atteste la li-
quidation des
conflits pré-
génitaux

Densité qui fait prévaloir tout l'archaïsme, le narcissisme caractéristique de la première phase du T.A., où la relation médecin-malade est désésexualisée au maximum : ce n'est qu'après l'autogénéisation, que la différence des sexes et les conflits afférents peut apparaître dans le champ conscient.

La théorie analytique savait déjà depuis longtemps qu'il fallait une intégrité narcissique suffisante pour pouvoir aborder la situation oedipienne dans de bonnes conditions, et verbaliser les fantasmes incestueux.

Nous ne devons jamais perdre de vue, dans le T.A. que les aléas de la situation transférentielle en début d'entraînement (voire pendant tout le cycle standard) doivent être tenu à priori dans un registre prégénital préverbal. Tout essai d'interprétation parlée serait ici une erreur, du moins resterait inadéquat, parce que prématuré.

Soigner avec un T.A., comme avec toute psychothérapie, fait entrer la malade dans une filiation narcissique, dont nous pensons qu'elle est l'élément thérapeutique principal sinon exclusif.

C'est ainsi que l'on fait le T.A. avec ce que l'on est, autant qu'avec ce que l'on sait.

Il faut y être "bon père" ou "bon sorcier", et surtout l'accepter, pour se donner le droit à la relation narcissique imaginaire.

En fait poser le problème en ces termes le limite considérablement.
Nous ne pouvons faire l'économie de l'inconscient.
Mais nous ne pouvons ignorer les notions établies par LEVI-STRAUSS sur l'efficacité symbolique des structures du langage.

Il n'est pas facile d'articuler ces deux séries entre elles.

Il nous faut sérier un peu mieux l'objet des identifications : ainsi dans l'hypnose il y a identification du sujet à la parole ; le thérapeute est incorporé magiquement, et comme il est porteur de la bonne parole captive, s'en découle l'efficacité immédiate.

Dans le T.A., il y aurait identification au discours du thérapeute. Parler d'identification à la méthode était jusque là faire abstraction des théories de LEVI-STRAUSS, mais nous retrouvons là, le même substrat : organisation réfléchie, et opérative qui permet de comprendre l'expérience, et dont on a connaissance par la structure du discours du T.A. Ici c'est cette structure (de pensée) qui est elle-même introjectée, intégrée à la personnalité pour y devenir organisatrice, créatrice d'une nouvelle expérience.

Pour DURAND de BOUSINGEN, dans l'hypnose c'est la parole qui porte le thérapeute ; dans le T.A., le signifiant, comme structure symbolique, qui est intégré, porté par le thérapeute.

Et en un mot, la cure de T.A. se réduirait au passage : "De l'identification à la parole (portant l'autre), à l'identification à une forme symbolique, portée par l'autre".

Passage du discontinu de la parole, au mouvement organisateur continu du discours. Ceci grâce à la résolution des phénomènes de transfert.

TROISIEME PARTIE

- I *Mythes, discours et désir de guérir*
- II *Résumé*
- III *Conclusion*

MYTHES, DISCOURS, ET DESIR DE GUERIR

Nous voulons seulement ici souligner le point de rencontre de deux théories qui au départ avaient peu d'affinités l'une pour l'autre, celle de LEVI-STRAUSS, et celle de FREUD.

Toutes deux aboutissent, chacune pour ce qui la concerne, à impliquer une dimension collective et imaginaire.

Dans les deux cas nous avons parlé de mythe.

Est-ce le même ?

De quel mythe s'agit-il ?

Nous voudrions ici modestement pointer quelques éléments disparates, fragmentaires ; tous sont déjà épars dans ce travail, ici ou là, nous ne ferons que les rapprocher, sans en épuiser tous les rapports et articulations possibles.

Nous avons vu qu'en ce qui concerne le T.A. un double mouvement est inévitable : un premier désir de guérir, puis la renonciation à ce pouvoir, pour y réussir.

Nous connaissons le chemin parcouru par Freud : des "Tours de force de l'hypnose" à l'élaboration conceptuelle théorique, libérée de toute intentionalité soignante.

La littérature moderne, notamment psychanalytique et psychiatrique, insiste sur la prévalence souhaitable du désir de comprendre sur celui de guérir.

Mais la psychologie médicale constate la régularité sinon universalité du désir de guérir dans la fonction (actuelle) médicale, telle qu'investie par le groupe social.

Désir du guérir l'autre, tantôt érigé, valorisé par le consensus social, tantôt suspecté et dénoncé comme "rêverie idéologique de réparation humaine" (FEDIDA) essentiellement en raison de ses implications contre-transférentielles.

Désir qui anime tout soignant, devrions-nous dire, car il s'agit bien

d'un moteur ; moteur parce que dynamisant, stimulant d'une créativité technique et conceptuelle, apte à mieux soigner, mais aussi à mieux comprendre.

Issu en droite ligne de la nébuleuse thérapeutique primitive, il en constitue le noyau magique. Au début, dit GUYOTAT, était une nébuleuse, imprécise coexistence du rationnel objectif et de l'irrationnel, du savoir et du magique ; l'auteur fait remarquer d'ailleurs que le recours à ce mode de fonctionnement mental "global" est d'autant plus fréquent que le danger de mort, de souffrance est grand, réel ou fantasmatique.

La plupart des auteurs ne nie pas l'inévitable noyau magique présent dans tout fait psychothérapique, qui structure une relation d'objet magique. La responsabilité attribuée à ce noyau dans l'efficacité thérapeutique comme moteur ou comme entrave, est variable selon les auteurs, et essentiellement selon le degré de familiarité ou de complaisance qu'il entretiennent avec la pensée magique.

Pensée magique résumée et caricaturée ainsi :

"toute puissance de la pensée sur le corps, active par analogie structurale", qui trouve sa plus fine description dans l'oeuvre de LEVI-STRAUSS, et en laquelle GUYOTAT voit une "conception naïve psychomatique, active par homologie, similarité".

Nous avons d'ailleurs développé celle-ci, à propos des formulations spécifiques leur prêtant pouvoir de réorganiser des fonctions biologiques. Ainsi le T.A. sera appelé à traiter des symptômes psychosomatiques.

Mais ici réapparaît le groupe humain.

La pensée magique n'existe pas en soi, prise isolément, mais seulement dans un contexte culturel donné. Ainsi, des actes ne seraient pas magiques, si tout un groupe social, où ils se déroulent, n'y croit pas.

Dès lors, ce qui est magique, c'est de croire à cette explication naïve ; l'incantation sans la croyance n'est rien, que parole. C'est de croire en son pouvoir qui la constitue magie.

Et elle devient discours, c'est-à-dire érigée au rang de langage, portant une croyance collective.

Y croire crée l'illusion magique.

La plupart des praticiens de l'hypnose, habituels ou occasionnels, affirme (CHERTOK, KUBIE, KRESS) que l'hypnose marche mieux, si l'on y croit, rejoignant en cela une croyance populaire très vivace : "pour que ça marche, il faut y croire".

Croire qu'il faut croire. Croire en la foi.

Ainsi, il faut une mise initiale : la foi. Foi en sa technique, foi en cette croyance, foi en son propre pouvoir de réparation, de dénier la mort et la souffrance.

Et, Freud l'avait bien compris, quand, édictant les règles d'or de l'hypnose, il "forçait un peu" son propre dédire d'être utile, en affirmant devoir obéir à une intentionalité soignante, alors qu'il ne cacha jamais, n'avoir guère envie de soigner, mais "seulement" une soif inextinguible de comprendre.

FREUD était un homme de science.

SCHULTZ était homme de foi, qui ne devait jamais cesser de chercher à mieux soigner, avec une intention avouée de guérir.

Magie, conception naïve et manichéenne où le corps et le monde sont divisés en alternatives bien/mal ; bon/mauvais, agréable/désagréable, rationnel/irrationnel ; dichotomie simpliste mais admise par le groupe social dans son ensemble au moins, avec comme corollaire une certaine éthique. C'est en référence à des valeurs individuelles, que sont ici définies les valeurs du groupe.

Pour qu'un acte soit qualifiable de bon, et reconnu tel, il faut qu'il réponde à certains critères anthropomorphiquement déterminés ; qu'il possède des qualités susceptibles d'être utiles au groupe, de renforcer sa force, sa croissance, son unicité, sa cohésion.

Le bon, le bien est la qualité de ce qui participe à faire coïncider le groupe réel à l'image qu'il a de lui-même.

Exemple : l'obéissance individuelle à l'interdit de l'inceste et du meurtre du père, indispensable à la cohésion du corps social.

C'est ici que mythe collectif tel qu'étudié par LEVI-STRAUSS, et mythe personnel, décrit par FREUD coïncident exactement.

Ce qui nous amène à préciser que le bon, le bien est la coïncidence des mythes collectifs, et personnels.

Nous avons déjà vu à quel point ces deux mythes étaient anaclitiques, nous devrions aller jusqu'à dire que le sujet n'existe dans et pour un groupe (pouvant le reconnaître sujet) que dans la mesure où sujet et groupe sont homogènes l'un à l'autre, c'est-à-dire où le mythe collectif est admis par le sujet.

Nous reformulons là, ce que nous avons déjà décrit dans nos spéculations sur la filiation narcissique.

LEVI-STRAUSS nous a montré, que la structure interne du mythe collectif conditionne assez directement la structure interne de l'expérience personnelle.

Tout avatar de cette structuration personnelle, rend le sujet hétérogène au groupe, déviant, et, c'est, pour LEVI-STRAUSS la perception de cette hétérogénéité là qui est la souffrance.

L'homme lorsqu'il souffre se retrouve hétérogène à son propre corps, et lui-même au groupe.

Parallèlement aux notions jusque là utilisées de bon/bien, nous devons déduire que le mauvais, pour le groupe, comme pour l'homme individuel est cette hétérogénéité, cette déséquation individu/groupe, dans une dialectique de projection-rejet réciproques.

Et, le mauvais est tout ce qui rend le groupe hétérogène à lui-même, valeur de menace, de danger, de blessure, valeur de destructuration.

Ce qui éclaire davantage la fonction "réparatrice" dont est investi le médecin, le sorcier, le chaman ; elle n'a rien d'altruiste, mais cherche essentiellement à sauvegarder le groupe, à préserver l'espèce.

Nous retrouvons ici encore, mais à un autre niveau, la préoccupation d'espèce, déjà repérée comme infiltrant tout le processus hypnotique, introduisant l'homme dans une dimension plus grande qu'individuelle.

La relation privilégiée entre l'hypnose (et donc le T.A.) et magie n'échappe à personne.

L'analyse structurale que LEVI-STRAUSS fait de l'acte thérapeutique chamanique fait apparaître que les structures de langage sont porteuses d'une toute puissance imaginaire : il ne peut y avoir de paroles incantatoires, "de mots pour guérir", sans référence au mythe collectif, à une éthique collective, à ce manichéisme bon/mauvais, sain/malade, protecteur de l'espèce.

Dès lors, le sujet guéri, le devient par l'adhésion à la dimension collective, alors providentielle. Et, le médiateur de cette réconciliation c'est le sorcier ici, le chaman, ou bien là, le médecin, investis par le groupe, du pouvoir de guérir, qu'ils incarnent.

A partir de la description de N'Doep, rituel initiatique, GUYOTAT fait observer ce point particulier que l'officiant initiateur "est investi comme porteur de forces, d'autant plus, qu'il a été antérieurement possédé lui-même par ces forces".

L'auteur en tire ici la notion capitale de "captation des énergies ancestrales", qui n'est pas sans nous rappeler les hypothèses de FREUD relatives à l'héritage archaïque phylogénétique, réveillé et actif, dans l'hypnose, et justement décrit à son propos.

Malade et médecin se trouvent ici devant le miroir captant l'image du Père de la Horde Primitive, et observant sa loi = répression de toute sexualité directe. Interdit au meurtre du père.

Guérir :

Verbe transitif ou intransitif, témoin de la réciprocité de la scène imaginaire du miroir.

On guérit quelqu'un, on est guéri par quelqu'un, de quelque chose. Pour désigner le mouvement dynamique où quelqu'un est en train de guérir d'un symptôme, il n'y a pas de mot plus spécifique que guérison ; mais n'est-ce pas aussi, sinon davantage un état terminal, statique, donc achevé, représentation idéalisée du terme, du projet achevé.

Le mot guérir suppose une indistinction ambiguë quant au sens de l'action.

Guérir avant comprendre ?

De qui parle-t-on ? - Du thérapeute qui guérit son malade avant que de savoir le déterminisme de la maladie. (médecine du guérisseur = magie)

- Du malade qui lui-même doit d'abord guérir de son symptôme avant que d'en connaître le sens.

L'expérience du T.A. est ici éclairante : les malades s'y retrouvent guéris, en général bien avant que d'élucider les racines du mal et les voies de la guérison.

- Du malade qui guérit le médecin en le gratifiant, en le rassurant sur son propre pouvoir thérapeutique, en rendant, par l'acte de sa guérison, témoignage que ce pouvoir existe, et est actif, opérant.

- Du médecin qui guérit le malade, du fait de lui donner à croire à son immortalité : encore déni, encore folie à deux (CHERTOK).

Dans la pensée magique, celui qui se trouve en l'état d'être guéri, se trouve ainsi investi par le médecin, et de façon imaginaire par le groupe social qui a mandaté ce guérisseur d'un pouvoir nouveau : celui de guérir autrui.

Nous pouvons retrouver là, toute structure de formation didactique devant passer par l'expérience ; y est active un peu du rite du N'DOEP, comme rappel symbolique d'un rite d'investiture (initiation) du sujet dans une filiation narcissique et instituée : philosophique, métaphysique, religieuse... ou professionnelle. Cet aspect d'identification à la forme symbolique thérapeutique, et d'investiture du pouvoir thérapeutique est particulièrement net dans le T.A.

Le T.A. le plus réussi est celui qui rend le sujet apte à être pour lui-même thérapeutique et (avec un appoint de savoir non négligeable) capable d'initier un autre.

Ainsi, participe-t-il à un mythe collectif qui en dernière analyse reste valable pour chaque type de psychothérapie :

Pour LEVI-STRAUSS, l'essentiel de toute psychothérapie pourrait se réduire à une structure fonctionnelle, celle du mythe.

Mais peu importe le contenu du mythe.

Pour LEVI-STRAUSS ce qui importe, c'est la structure et non le contenu achevé, ni les constituants. Les mots ne sont ici qu'un matériau traité selon une syntaxe particulière : que le mythe soit construit à partir d'éléments de son histoire passée individuelle (comme dans l'analyse), ou reçu du chaman à partir d'éléments de la tradition ; que ses sources soient dans le passé individuel ou la tradition collective, il ne retire d'elles que le matériel, qui ne préjuge pas de l'aménagement structural.

Quel que soit le contenu même, la structure qui organise ce matériau reste la même, réduite à un petit nombre de lois fondamentales, et c'est par elles que s'exerce la fonction symbolique, sur le psychisme, comme sur les organes : "la forme du mythe prime sur son contenu".

Ces notions appliquées au T.A., permettent d'y retrouver deux temps :

- un temps du guérir (cycle inférieur) ou le sujet se construit un mythe personnel en harmonie avec le mythe collectif dont est porteur le médecin qui fournit les constituants. Le sujet "se moule" sur des signifiants (choisis), pour les réaliser, réalisation du corps calme, lourd, chaud, sur un mode a-scientifique ; l'usage complémentaire de formulations organo-spécifiques ou de formulations intentionnelles introduit là, une forme symbolique, fraction de la structure symbolique globale du mythe, fraction spécifique parce que capable de mobiliser électivement des structures physiologiques sous-jacentes.

- un temps du comprendre :

Comprendre la structure du mythe est essentiellement le travail du cycle supérieur, et ce n'est jamais que le second temps de la reconstruction du même mythe : ici on part des constituants-images pour essayer d'en appréhender la syntaxe. Il s'agit bien d'un temps d'élaboration où l'on cherche à repérer l'organisation de ces images.

Plutôt que deux temps successifs, nous devrions dire deux versions, mais en sens opposés, du même mythe

- l'une de reconstruction narcissique, où le thérapeute donne unicité, homogénéité, plénitude, jouissance, au corps,

à partir de matériaux exogènes.

- l'autre plus élaborative, de reconstruction du mythe, de même structure, mais à partir des constituants propres du sujet, vécus ou imaginés.

Si nous devions intuiter du contenu du mythe, le premier serait "je suis ; Un", le second préciserait : "né de deux".

Quoique seule la structure soit déterminante, nous ferons observer que ces contenus différents peuvent être rapprochés des indications du T.A. (et dans une moindre mesure des autres psychothérapies) : souffrance organique et/ou souffrance névrotique.

Ainsi pouvons-nous imaginer les différents espaces psychothérapiques selon de très schématiques variations des modalités de reconstruction du mythe, et les porter sur le schéma suivant :

Nous y faisons figurer :

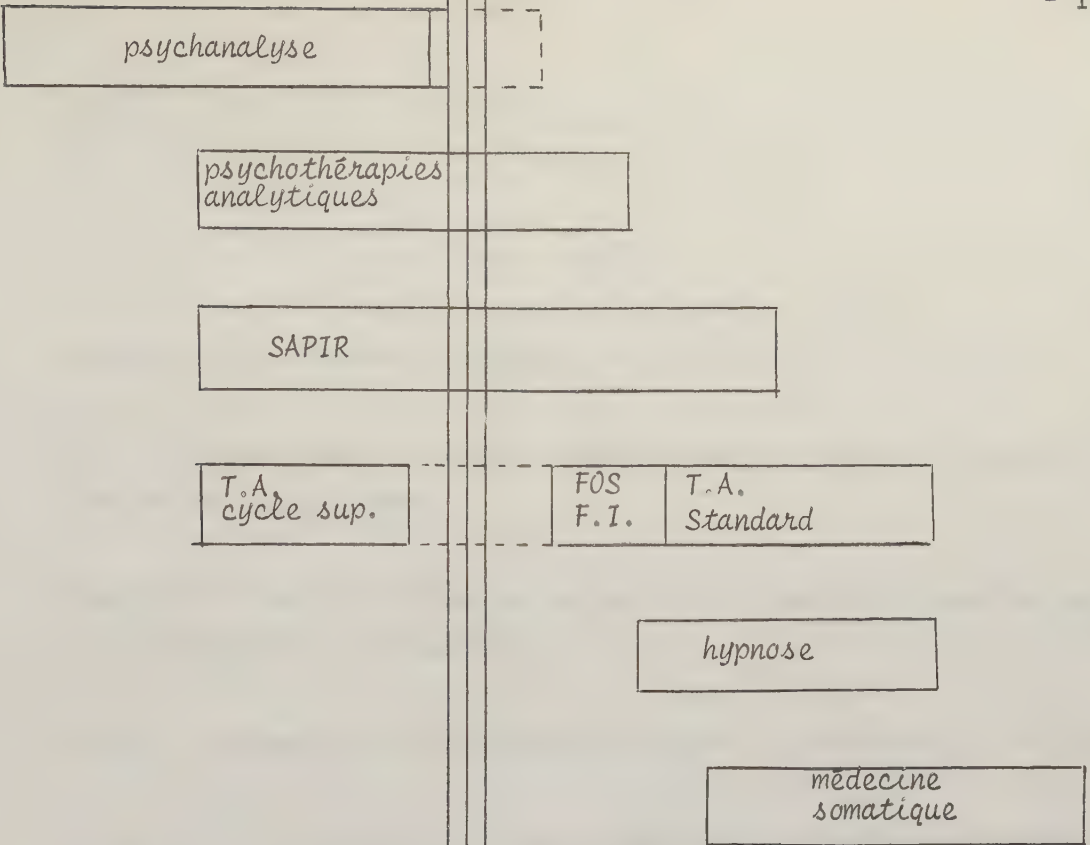
- la psychanalyse cure-type, reconstruction historicisée par excellence, se place résolument et exclusivement dans un espace "oedipien" ; ces indications en découlent : névroses structurées

- les psychothérapies analytiques, qui ni ne font d'analyse exhaustive de la névrose de transfert, ni n'excluent un aspect de thérapeutique plus narcissisant ; zone limite pour des indications limites (d'autres thérapeutiques).

- la relaxation SAPIR apte à mobiliser les identifications prégénitales, mais aussi, en continuité, à les parler et en référer à l'histoire personnelle du sujet.

- le T.A. qui nous paraît couvrir un champ analogue mais peut-être discontinu, et sûrement plus étendu et spécifique au pôle narcissique primitif.

- la médecine somaticienne et l'hypnose qui excluent toute référence à l'histoire personnelle.



ZONE DE VERBALISATION FORMULANTE

- reconstruction narcissique préœdipienne
- temps du guérir symptomatique
- affirmation de "je suis un"
- réalisation du mythe
- fonction = réduire la souffrance (l'hétérogénéité sujet/groupe)

ZONE DE VERBALISATION INTERPRETANTE

- élaboration d'un mythe personnel à partir des éléments de l'histoire
- pour en connaître la structure
- temps du comprendre
- fonction = réduire la contradiction "...né de deux"

Quelle est la fonction du mythe ?

Elle est avant tout de faire donner une explication du trouble du malade par le groupe soignant.

Pour LEVI-STRAUSS, l'objet du mythe est de fournir un modèle logique pour réduire une contradiction".

Celle, fondamentale de comprendre comment "Un peut naître de deux".

A partir d'une tentative de description de la structure du mythe d'OEDIPE, l'anthropologue fait observer que les développements de FREUD sur ce mythe n'en sont qu'une variante de plus et font partie intégrante de lui, puisque pour l'essentiel, ils se laissent réduire à chercher à comprendre le mystère de ses origines.

Composé d'autant de variantes, le mythe est une structure discontinue, "feuilletée" ; chaque feuillet y occupe la place d'une petite unité, de peu différente d'un feuillet voisin ; et pour rendre compte de la totalité, il faut multiplier sans cesse le nombre de feuillets : la croissance du mythe est continue jusqu'à, dit LEVI-STRAUSS "ce que l'impulsion intellectuelle qui lui a donné naissance, s'épuise".

Chaque feuillet unitaire est un étage diachronique ; l'empilement de ceux-ci nécessite que la structure soit lue de façon globale dans l'ordre diachronique et dans l'ordre synchronique, où tout les feuillets sont lus en même temps, comme toutes les lignes de la partition d'orchestre.

Ainsi, topique, économique, dynamique, ne peuvent se concevoir indépendantes, mais seulement lues selon ces deux axes :

Développement dans le temps d'une part et d'autre part dans la simultanéité a-temporelle de la synchronie.

De même, ce que nous avons décrit de la structure de l'expérience, nous ne l'avons pu que grâce à une sériation artificielle des éléments.

Un même travail inconscient s'opère sur toutes les représentations, indépendamment de ce qu'elles désignent ; qu'il s'agisse de représentations d'organes internes, de souvenirs réels ou fantasmatiques, ou d'images mythologiques porteuses de l'imaginaire culturel, collectif.

En particulier,

L'image mythique du Père de la Horde PrIMITIVE est traitée comme toute autre représentation, selon les mêmes lois fondamentales, comme l'image du père géniteur.

Comme l'image du mythe oedipien lui-même.

Comme sans doute aussi l'image maintenant devenue valeur (de mythe) culturelle du Père de la Théorie.

L'identification à une forme de pensée collective que serait la théorie du psychisme est une analogie structurale des identifications aux différentes images paternelles (père primitif, père géniteur, père de la théorie du psychisme).

Ce que nous figurons dans le schéma suivant :

Père Primitif	_____	Idéal du Moi
Père géniteur	_____	Mythe personnel
Oedipe	_____	Mythe collectif
FREUD	_____	Théorie du psychisme = autre variante du même mythe

Signifié	_____	Signifiant
Acte	_____	Mot
Parole	_____	Discours
Contenu/Constituant	_____	Contenu/structure
Perception	_____	Sensation consciente

On passe ainsi de la première à la seconde colonne par une organisation diachronique ; c'est la symbolisation.

On passe alors de la seconde à la première colonne par une opération de sens opposé ; c'est la réalisation pratiquement équivalente à l'efficacité symbolique.

A CONDITION D'UNE LECTURE SIMULTANEE DANS L'ORDRE SYNCHRONIQUE

Concrètement : dans le T.A. la réalisation des F.O.S. et F.I. ne pourra se faire qu'avec une mobilisation "parallèle" des identifications du sujet aux figures parentales.

Cette réalisation ne pourra mettre en résonance les autres lignes que dans un état de conscience particulier : régressif mobilisant préférentiellement la lecture verticale, synchronique.

Ainsi conçu l'état autogène devrait être nommé "post-verbal" puisqu'il se constitue à partir du renversement exactement symétrique du mouvement de symbolisation.

Par rapport à d'autres méthodes de relaxation, la spécificité essentielle, sinon la seule, mais en tout cas la plus intéressante, par ses implications cliniques est sans doute l'usage délibéré de cet état autogène.

Sans lui la relaxation est un drame insensé, humiliant et stérile, où manquent les scènes décisives.

En lui le T.A. mobilise les positions existentielles narcissiques du sujet, contenues, incluses ou drainées par les premières identifications.

Par lui, le T.A. fait toucher du doigt un pouvoir créateur, (stimule une créativité personnelle); ceci est surtout évident dans le cycle supérieur, puisque ce n'est pas l'orientation essentielle du cycle dit standard, de le faire apparaître dans le discours.

C'est le premier bénéfice et le plus constant, que cette redécouverte de son propre corps, cette ré-appropriation d'une source de plaisir, cette ré-harmonisation des rapports de l'homme avec ses propres organes, par là le sujet devient son propre scénariste, dialogiste et interprète, au lieu de n'être que spectateur de sa vie fantasmatique, quand il ne lui était pas complètement sourd.

Or cette poétique personnelle, nous ne la disons accessible que par la réalisation symbolique de la filiation narcissique : celle-ci est la voie, peut-être royale, d'accès à l'imaginaire collectif.

Et cet accès est en deux temps, que sépare bien le T.A.
Beaucoup d'échecs ou d'insuccès de la méthode proviennent de ce qu'elle est "impure" c'est-à-dire composée : mélangeant deux espaces psychothérapiques incompatibles :

- celui du training et celui d'une psychothérapie analytique
- c'est-à-dire celui de la réalisation du mythe et celui de la symbolisation

Nous pensons avoir suffisamment montrer l'incompatibilité des deux démarches. Il faut les séparer. Les mixer équivaut à les faire jouer l'une contre l'autre, gauchit la méthode et lui ôte toute sa spécificité.

En accédant par la médiation médicale (ici, d'essence magique) à l'imaginaire mythique collectif, le patient devient donc sujet de son propre mythe, de sa propre syntaxe.

L'intérêt de ce mythe est d'offrir une réponse à la souffrance.

Seul lui, permet de comprendre l'arbitraire de la souffrance, y compris de la souffrance nevrotique.

Mais, n'est-on pas en train de tuer la parole qui guérit... de tuer le mythe, l'espace mythique.

Plus que jamais les thérapeutiques actuelles, surtout d'Outre Atlantique, nous paraissent manquer de sacré, d'un souffle créateur de mythes, bailleur d'espoirs ; manquer du Nom du Père.

La filiation narcissique y est discutée, scotomisée par le seul développement de l'axe diachronique. La filiation instituée, contestée ; nos malades ne s'identifient plus sur un déterminisme causal de leur maladie, ni au médecin qui les soigne, mais sur le traitement qui leur est appliqué, principalement en médecine somatique, portant le sceau du processus primaire "(Ah ! vous prenez aussi du valium ?)".

Quant à la paternité professionnelle elle semble parallèlement se diversifier mais aussi se diluer, et les émois archaïques ne trouvent guère à qui parler - du moins guère de bras pour les contenir...

On compte maintenant les villes de faculté française où sont encore (!) enseigné hypnose, T.A. et relaxation SAPIR, ce qui est sans commune mesure avec le nombre de médecins pratiquant des relaxations. (Et aussi des non-médecins).

A un autre niveau, le désir de comprendre tend à supplanter le désir de guérir, conformément au chemin personnel qu'avait fait FREUD. Un glissement progressif se fait délaissant le guérir symptomatique qu'il tend à culpabiliser.

Combien de (psycho) thérapeutes se culpabilisent ils "de ne guérir que" les symptômes de leur malade ? La grande fréquence avec laquelle le T.A. est pratiqué, même en France, et la rareté des écrits techniques qui lui sont consacré, tendent à laisser subsister une aire de doute...

Le plaisir de guérir paie le thérapeute et le malade de bénéfices narcissiques importants, mais il dénonce l'identification impossible de ce thérapeute au Père de la Théorie, dénonciation qu'il faut bien admettre extrêmement culpabilisée.

Peut-on encore désirer guérir qui que ce soit ?

Peut-on encore l'oser en regard d'un idéal professionnel thérapeutique, qui sait plus, exige plus dans l'ordre de la compréhension.

Le peut-on encore quand tout psychothérapeute est "fils" de FREUD, et que lui-même y renonçait au profit d'activités de "recherche pure".

Le malade existe. La souffrance existe.

Deux voies nous sont ouvertes, comme deux nécessités antinomiques : satisfaire au narcissisme tout puissant qui denie la souffrance en s'érigeant apte à la soulager sinon guérir ; ou bien sacrifier aux détours hédoniques d'un questionnement sur soi et sa propre impuissance...

A quand des psychothérapeutes qui sauraient "guérir de plaisir et n'en auraient point honte ?

R E S U M E

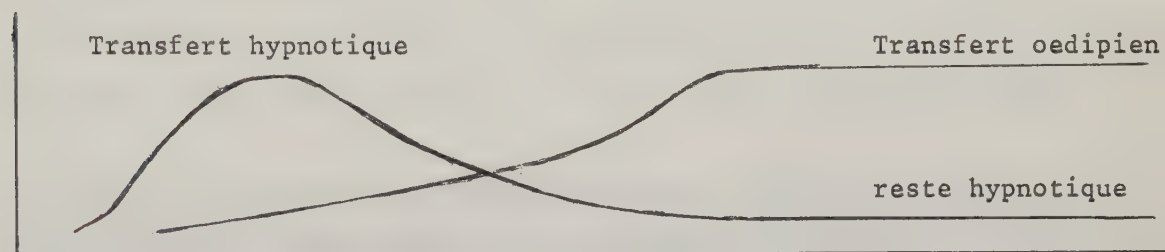
=====

Nous avons décrit en détails la méthode et le cours du T.A.

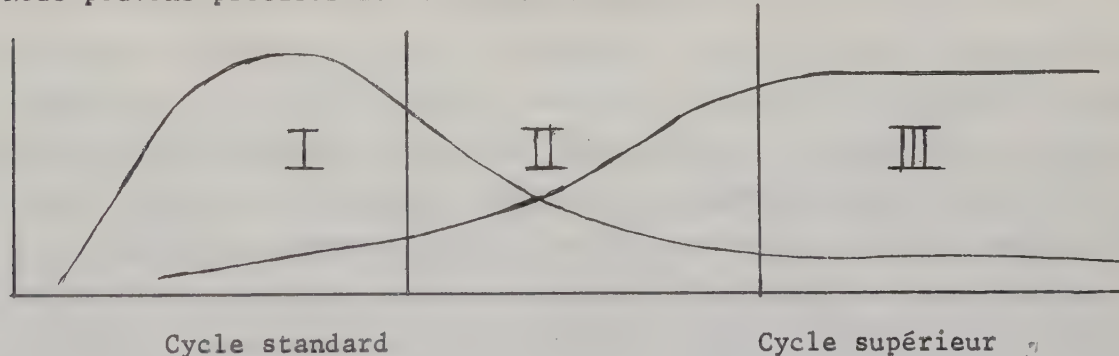
Nous avons tenté une description dynamique de la cure, que nous pouvons résumer ainsi.

Le T.A. commence comme une hypnose, et s'en individualise lorsque le sujet devient autogène tout à fait après le passage obligé par une relation imaginaire longtemps vivace.

Ce que nous pouvons figurer par la courbe suivante, empruntée à DURAND de BOUSINGEN.



Nous pouvons préciser les différents moments :



PHASE I : - transfert hypnotique

- projection/incorporation

- hétéro-suggestion = identification à la parole

- relation narcissique en miroir

PHASE II :

- Zone transitionnelle entre processus primaire et secondaire

- " " entre incorporation et introjection

- Objet transitionnel
filiation narcissique imaginaire - relation imaginaire
- Efficacité symbolique + rénovation narcissique
- reconstruction d'un mythe reçu (approfondi dans les F.O.S. et F.I.

PHASE III :

- autonomisation définitivement acquise
- identification oedipienne
- appropriation de la méthode = identification au discours
- reconstruction d'un mythe personnel

Tout cycle standard doit conduire le sujet au seuil du stade III.
Il peut suffire : l'état autogène y est utilisé comme bénéfique en soi. Il peut être approfondi et personnalisé en fonction de la pathologie du sujet : utilisation des F.O.S. et F.I. - efficacité symbolique.

Il peut être utilisé pour une psychothérapie élaborative : cycle supérieur portant essentiellement sur les images spécifiques de l'état autogène.

Avec l'avènement en France, depuis deux ans, du cycle supérieur le TRAINING AUTOGENE nous offre un éventail de possibilités couvrant pratiquement tout le champ de l'homme normal à la névrose structurée (excluant toute fois la psychose), avec cet avantage ici, de pouvoir mieux qu'ailleurs, sérier les différents espaces psychothérapiques et les indications qui en découlent. Avantage aussi : ni le patient, ni le thérapeute ne se sentent impliqués dans une psychothérapie "profonde", ce qui diminue d'autant la responsabilité du thérapeute, dans la réussite de la cure, comme dans ses échecs.

Nous avons insisté sur la relation imaginaire dans la conduite de la cure, dont nous faisons le moteur essentiel de la guérison, mais qui doit être dépassée.

Le TRAINING AUTOGENE est et reste une psychothérapie médicale qui ne craint pas de guérir, et où les meilleurs relaxateurs sont peut-être ceux qui ont le plus grand intérêt personnel narcissique à guérir l'autre, à condition d'en avoir claire conscience, pour s'en dégager.

C O N C L U S I O N

Nous avons tenté une description psychodynamique de la cure de Training Autogène de SCHULTZ, centrée sur les mécanismes d'identifications et leurs évolutions.

Le T.A. complet se passe en deux mouvements : l'un, de réalisation symbolique d'un mythe collectif porté par le médecin ; formulations standards, F.O.S. et F.I. produisent des modifications économiques des fonctions organiques, autant que psychiques. C'est le temps de la guérison. Le second mouvement superposé et surtout successif, est la reconstruction d'un mythe personnel historicisé.

La parenté du T.A. avec l'hypnose et la thérapeutique chamanique magique explique une partie du discredit relatif actuel du T.A. comme psychothérapie médicale.

La pratique du T.A. mobilise chez le thérapeute, ses propres identifications partielles, en particulier celles au Père de la Théorie et de la Pratique Analytique, érigées en mythe culturel très actif, comme Idéal psychothérapique collectif. Ce sont elles qui en définitive font la qualité des résultats cliniques observés.

Avec l'usage récemment introduit en France, du cycle supérieur, le T.A. est, et reste une psychothérapie médicale, intéressante parce que pouvant, autant guérir des symptômes somatiques, que permettre une reconstruction de l'imaginaire, dans une structure de transfert, tout à fait superposable à celle de la névrose de transfert analytique.

Le Président de la Thèse
J. GUYOTAT

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine Lyon Sud

Professeur J. NORMAND

Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 16 MARS 1979

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination des
Etudes médicales

D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

ALBERTS M.

Le Training Autogène chez les enfants et les adolescents
in Revue de Médecine Psychosomatique, Tome 2, N° 3, 1960, p. 155-158

BEETSCHEN A.

Hypnose et suggestion thérapeutique - psychothérapies de relaxation
in PSYCHOTHERAPIES MEDICALES PARIS - MASSON 1978

BENOIT J.C. - DEBURE E. - PELLERIN M. - BAREN E.

L'abord corporel thérapeutique à partir de l'Autogène Training
de SCHULTZ
in Actualité Psychiatrique - 1978, N° 1, p. 8 - 17

BERGES - LEMAIRE

La relaxation
Perspectives Psychiatriques - 1964, N° 6

BURGER A.J.

La relaxation, la psychothérapie, et le problème des névroses
dans l'oeuvre de SCHULTZ
in Evolution Psychiatrique, N° 1, 1957, p. 163 - 173

CHERTOK L.

L'hypnose
MASSON PARIS - MASSON 1963

CHERTOK L.

Freud et les théories de l'hypnose : histoire et interrogations
in Revue de Médecine Psychosomatique - tome 18 - N° 2 - 1976 - p. 147-159

DAUMER J.

Psychothérapies d'hypnose et de relaxation.
Thèse Médecine BREST 1975 - N° 75

DESOILLE R.

Le rêve éveillé en psychothérapie
PARIS - P.U.F. 1ère édition 1945

DURAND de BOUSINGEN R.

Les thérapeutiques de relaxations
in Information Psychiatrique, N° 2, février 1964

DURAND de BOUSINGEN R. - FETIQUE J. - RITTER M. - BOLTZ R.

Pratique du Training Autogène en groupe
in Information Psychiatrique, N° 2, février 1964

DURAND de BOUSINGEN R. et KAMMERER Th.

Considérations sur la structure du langage dans l'expérience de la relaxation vécue à travers le Training Autogène.
in Revue de Médecine Psychosomatique - tome 10 - N° 1 - 1968 - P. 1 à 10

DURAND de BOUSINGEN R. et GIESSMANN P.

Les méthodes de relaxation
BRUXELLES - CHARLES DESSART - 1968

DURAND de BOUSINGEN R.

Phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dans le Training Autogène Approche psychanalytique - Conséquences pratiques et techniques.
Communication au 3ème Congrès International CISSPAT
Training Autogène et Techniques Méditatives en Psychothérapie
San Marino 5 - 7 Mai 1978 - Italie.

Journal für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie
4ème année Heft 1-4 Sept. 78 page 3-19

FEDIDA P.

Corps et identité. L'espace psychothérapique.
in Revue de Médecine Psychosomatique, Tome 20, N° 3, 1977, p. 261 - 281

FEDIDA P.

La place du corps dans la relaxation psychothérapique et médicale
Revue de Médecine Psychosomatique, tome 18, N° 3, 1976, p. 236 - 258

FERENCZI F.

Psychanalyse I et II
PARIS - PAYOT - 1975

FREUD S.

- . *L'interprétation des rêves* Ch VII, 1900
- . *Le rêve et son interprétation*, 1901
- . *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1905
- . *La vie sexuelle : pour introduire le narcissisme*, 1914
- . *Métapsychologie*, 1915
- . *Introduction à la Psychanalyse*, (1915-1917)
- . *Psychologie collective et analyse du Moi*, 1921
- . *Ma vie et la Psychanalyse*, 1923

FREUD S. et BREUER J.

Etudes sur l'Histerie

FREUD S.

Hypnose.
Revue de Médecine Psychosomatique, tome 18, N° 2, 1976, p. 137-145

GIESSMANN P.

Le Training Autogène : indications en médecine psychosomatique.
in Information Psychiatrique N° 2, Février 1964

GILL M.M.

L'hypnose, état de conscience modifié et état de régression.
Revue de Médecine Psychosomatique, tome 18, N° 2, 1976, p. 181-193

GUYOTAT J.

Le fait psychothérapique et ses conceptions.
in LES PSYCHOTHERAPIES MEDICALES - I et II - PARIS - MASSON - 1978.

JONES E.

La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud
PARIS, PUF, 1958.

KAMMERER Th. et DURAND de BOUSINGEN R.

Training Autogène et psychothérapie
in Revue de Médecins Psychosomatique - Tome 2, N° 2 - 1960 - p. 125 - 138

KAMMERER Th.

Applications du Training Autogène en neuro-psychiatrie
Cahiers de Psychiatrie, N° 16-17, 1962, N° spécial relaxation.

KAMMERER Th. et DURAND de BOUSINGEN R.

Training Autogène et psychothérapie. Indications en neuro-psychiatrie
in Information Psychiatrique, N° 2, février 1964

KAMMERER Th. et DURAND de BOUSINGEN R.

Le Training Autogène : principe et technique
in Information Psychiatrique, N° 2, février 1964

KRAPF G.

Autogènes Training aus der Praxis
J.F. Lehmanns Verlag, München 1977

KRESS J.J. et RITTER M.

Hypnose et Thérapeutique psychiatrique.
E.M.C. PARIS, 37820 B 50

KRESS J.J. - DAUMER J. - HILLION C. - et LE ROUX J.L.

Premières applications des traitements psychiatriques par l'hypnose
à l'issue d'un séminaire de formation.
Revue de Médecine Psychosomatique, tome 18, N° 2, 1976, p. 195 - 202

KUBIE L.S.

L'illusion et la réalité dans l'étude du sommeil, de l'hypnose, de la
psychose, et du réveil.
Revue de Médecine Psychosomatique, tome 18, N° 2, 1976 - p. 163-180

LEMAIRE

La relaxation
PARIS - PAYOT - 1969

LEVI-STRAUSS Cl.

Anthropologie structurale
PARIS - PLON 1958 - 2ème édition 1974

LUTHE W.

Autogenic Therapy
Vol. 1 à 6, NEW-YORK 10017, GRUNE AND STRATTON

LUTHE W.

Training Autogène, applications en médecine psychosomatique.
La Vie Médicale, supplément Médecine et Thérapeutique, 10, 1963, 11 p. 1-13

QUINIDOZ J.M.

En deçà du langage : la relaxation.
Information Psychiatrique - 1975 - vol. 51 - N° 9 - p. 1005 à 1008

* Non traduit

ROSA K.R.

Das ist die Oberstufe des Autogenen Trainings
Kindler Verlag, München 1975.

SAPIR M., SACCO F., GERGES J., PHILIBERT R., CANET Cl., COHEN S., FEDIDA P.

Colloque "Regression et fantasmes en relaxation"
in Evolution Psychiatrique - 1973 - N° 11 - p. 239-269

SAPIR M., REVERCHON F. et coll.

La Relaxation : son approche psychanalytique.
PARIS - DUNOD, 1975

SECHEHAYE M.A.

Journal d'une Schizophrène
PARIS, PUF, 1950

SCHULTZ J.H.

Méthodes apparentées au Training Autogène. Hypnose et suggestion
in *Revue de Médecine Psychosomatique*. Tome 5, N° 3, 1965, p. 277 - 294

SCHULTZ J.H.

Training Autogène

Adaptation française sous la direction de DURAND de BOUSINGEN
PARIS, PUF 1974, 9ème édition

THIS

Image du corps et relaxation

Revue de Médecine Psychosomatique, Tome 3, N° 2, 1961, p. 45-52

Non traduits en français

THOMAS K.

Praxis der Selbshypnose des Autogenen Trainings.
G. Thieme Verlag-Berlin 1967

WALLNÖFER H.

Kathartisches und analytisches Geschehen im Autogenen Training, in
Binder H. : 20 Jahre praktische und Klinische Psychotherapie
München 1973

WALLNÖFER H.

*Psychotherapie mit Autogenen Training ; Journal für Autogenes
Training und allgemeine Psychotherapie. Heft 2 - 4 Dez. 1975*

La relaxation : textes réunis et publiés par

P. ABOULKER, L. CHERTOK, M. SAPIR

Expansion scientifique française - PARIS 3ème édition 1964

Psychomotricité et relaxation

Actes du congrès international de psychomotricité - NICE 10 - 11 MAI 1974

Actes des journées de relaxation 1974

in Revue de Médecine Psychosomatique - tome 17 - N° 3 - automne 1975

